



# **TERVEYDENHOITAJA YLIPAINON ENNALTAEHKÄISIJÄNÄ JA PAINONNOUSUUN PUUTTUJANA ALAKOULUSSA**

Aho Saara-Maria  
Mäkelä Pirkko

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2010  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön ja terveydenhoitotyön  
suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystieteiden- ja hoitotyön suuntautumisvaihtoehdot

AHO, SAARA-MARIA & MÄKELÄ, PIRKKO:  
Terveystietä ylipainon ennaltaehkäisijänä ja painonnousuun puuttujana  
alakoulussa.

Opinnäytetyö 46 s., liitteet 4 s.  
Lokakuu 2010

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveystietäjien kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisijänä toimimisesta ja ylipainon puheeksi ottamisesta alakoulussa. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millaisia työvälineitä terveystietäjät tarvitsevat tukseen alakoululaisen ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen.

Opinnäytetyö tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Haastateltavina oli viisi Tampereen alakouluissa työskentelevää terveystietäjää ja haastattelut toteutettiin teemahaastattelun avulla. Haastattelut aukikirjoitettiin ja vastaukset ryhmiteltiin teemoittain. Sisällönanalyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että terveystietäjien toteuttaman ylipainoa ennaltaehkäisevän työn kulmakivenä ovat terveystarkastukset. Elintapaohjauksen tukena terveystietäjät käyttivät painokäyrää sekä erilaista elintapaohjaukseen suunnattua materiaalia. Terveystietäjät kaipasivat kuitenkin uutta ja ajantasaista materiaalia vanhojen tilalle. He kokivat tarvetta yhtenäiselle materiaaliksi, joka olisi tukemassa ja kehittämässä ylipainoa ennaltaehkäisevää työtä sekä painonnousun puheeksi ottamista. Tutkimuksessa selvisi, että ylipainon puheeksi ottaminen lapsen ja hänen perheensä kanssa on usein vaikeaa. Haastavuus ilmeni lapsen vanhemmista, lapsesta ja terveystietäjästä itsestä nousevina haasteina sekä ympäristön tuomina haasteina.

Tulevaisuudessa olisi tarpeen tutkia, onko esimerkiksi Neuvokas Perheohjausmenetelmällä pystytty parantamaan terveystietäjien toteuttaman painonhallintatyön laatua. Kehittämistehtävänä kirjoitettiin opinnäytetyön tulosten pohjalta artikkeli Tampereen Diabetesyhdistyksen jäsenlehteen, TrenDiin.

---

Asiasanat: Ohjaus, ennaltaehkäisy, ylipaino, koululainen, terveystietäjä

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Public Health Nursing and Nursing

AHO, SAARA-MARIA & MÄKELÄ, PIRKKO:  
Public Health Nurse's role in the prevention of overweight and weight gain among  
primary school pupils

Bachelor`s Thesis 46 pages, appendix 4 pages  
October 2010

---

The purpose of this study is to describe the experiences of public health nurses in prevention of overweight and bringing up weight gain in primary school. The aim is to provide knowledge about the tools available for nurses in supporting pupils in advance in issues related to overweight.

This thesis was qualitative in nature. Five primary school nurses working for the city of Tampere were interviewed by means of thematic interviews. The interviews were analysed and written responses were grouped thematically. Content analysis method was used in data-driven content analysis.

The study showed that health-checks have a significant role in overweight prevention. Lifestyle counseling included the use of weight curves and other related material. The nurses were hoping for new and updated material to replace the old, in form of a folder. Bringing up overweight with the child and his parents was regarded as challenging. This was due to (factors relating to) the children, the parents, the nurse herself or environmental challenges.

In the future it would be necessary to examine whether for example Neuvokas Perhe-control method has succeeded in improving the quality of nurses' weight management work. As a development assignment of this thesis an article presenting the findings of the study was written and published in Tampere Diabetes Association's member magazine, Trendi.

---

Keywords: Guidance, prevention, excess weight, schoolchild, health care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TERVEYDEN EDISTÄMISEN TYÖMENETELMIÄ .....	6
2.1	Terveyskeskustelu .....	6
2.2	Motivoiva haastattelu .....	7
2.3	Varhainen puuttuminen .....	8
2.4	Perhekeskeinen näkökulma .....	10
2.5	Neuvokas perhe- ohjausmenetelmä .....	12
3	YLIPAINO 7-12-VUOTIAILLA .....	14
3.1	Lasten ylipainon määrittäminen .....	14
3.2	Ylipainon esiintyvyys alakouluikäisillä .....	14
3.3	Ylipainon syitä alakouluikäisillä .....	16
3.3.1	Perheen sosioekonominen asema .....	16
3.3.2	Ravintotottumukset .....	17
3.3.3	Liikuntatottumukset .....	17
3.3.4	Perintötekijät .....	18
3.3.5	Sairaudet .....	19
3.3.6	Ympäristötekijät .....	20
4	YLIPAINOINEN LAPSI KOULUTERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA ...	22
4.1	Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja tehtävät .....	22
4.2	Terveiden edistäminen kouluterveydenhuollossa .....	22
4.3	Terveystenhoitaja lapsen painonhallinnan tukijana .....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ....	27
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	28
6.1	Laadullinen tutkimus .....	28
6.2	Aineiston keruu .....	28
6.3	Sisällönanalyysi .....	30
7	TULOKSET .....	32
7.1	Terveystenhoitajien käyttämät työvälineet ylipainon ennaltaehkäisyssä alakoulussa .....	32
7.2	Terveystenhoitajien kokemuksia ylipainon puheeksi ottamisesta koululaisen ja hänen perheensä kanssa .....	33
7.3	Terveystenhoitajien kehittämis ehdotukset ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen liittyen .....	35
8	POHDINTA .....	36
8.1	Tutkimuksen luotettavuus .....	36
8.2	Eettisyys .....	37
8.3	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	37
8.4	Jatkotutkimusaiheet .....	41
8.5	Kehittämistehtävä .....	41
	LÄHTEET .....	42
	LIITTEET .....	47

## 1 JOHDANTO

Ylipaino on lisääntynyt viime vuosikymmenten aikana kaikissa teollisuusmaissa ja yleistynyt jokaisessa ikäryhmässä (Lagström 2006, 284). Suomessa ylipainoisten lasten määrä on jopa kaksinkertaistunut viimeisten 20 vuoden aikana (Käypä hoito -suositus 2005). Vuonna 2004 noin 19 % 7-10-vuotiaista lapsista oli ylipainoisia (Suomalainen lapsi 2007, 20). Ylipaino ei ole pelkästään yksilön ongelma, vaan nykyään siitä on tullut myös suuri kansanterveydellinen haaste. Lapsuusiän lihavuudella on nimittäin huomattava taipumus jatkua aikuisikään ja siksi jo varhain käynnistetyt toimet lihavuuden ennaltaehkäisemiseksi ovat ehdottoman tärkeitä. (Lautala 2000, 328; Käypä hoito –suositus 2005.)

Kansanterveystyön mukaan kansanterveystyö merkitsee yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa (Kansanterveystyö 25.11.2005/928). Terveyttä edistävään kansanterveystyöhön kuuluvat muun muassa terveydenhoitopalvelut, kuten neuvola- ja kouluterveydenhuoltopalvelut, terveystieteiden ja siihen sisältyvänä henkilökohtainen terveysneuvonta (Vertio 2003, 114–118).

Kouluterveydenhuollon tarkoitus on turvata lapselle ja nuorelle terve kasvu ja kehitys, edistää terveellisten elämäntapojen syntymistä tai ylläpitoa ja luoda näin perusta terveelle aikuisuudelle. Siispä koululaisen ylipainon ehkäisy, varhainen toteaminen ja painonnousuun puuttuminen kuuluvat oleellisesti kouluterveydenhuollon tehtäviin. (Lautala 2000, 5, 328.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisijänä toimimisesta ja ylipainon puheeksi ottamisesta alakoulussa. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millaisia työvälineitä terveydenhoitajat tarvitsevat tuekseen alakoululaisen ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen. Tutkimuskysymykset käsittelevät terveydenhoitajan käyttämiä työvälineitä ylipainon ennaltaehkäisyssä, terveydenhoitajien kokemuksia ylipainon puheeksi ottamisesta sekä terveydenhoitajien kehittämisehdotuksia ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen. Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä.

## 2 TERVEYDEN EDISTÄMISEN TYÖMENETELMIÄ

### 2.1 Terveyskeskustelu

Terveyskeskustelu on asiakkaan kanssa tehtävää terveyslähdistä yhteistyötä, jossa tuetaan asiakkaan vahvuuksia sekä kykyä ja taitoa toimia terveytensä edistämiseksi (Honkanen & Mellin 2008, 132). Terveyskeskustelussa keskustelu etenee ammattilaisen johdattelemana, mutta asiakkaan ehdoilla (Hirvonen, Pietilä, & Eirola 2002, 220). Keskustelua rakennetaan kysymysten avulla, mutta samalla siinä annetaan vapaus ja tilaa keskustelulle (Honkanen & Mellin 2008, 132). Kettusen (2001) mukaan tiukka pidättäytyminen totutussa haastattelutyypissä keskustelurakenteessa voi jättää asiakkaan kokemuksellisenä osajana keskustelun ulkopuolelle vaikka asiakas osoittaisikin osallistumiseen halukkuutta (Kettunen 2001, 74). Yksisuuntainen viestintä osoittaa asiakkaalle ammattilaisen hallitsevan keskustelua eikä tällaisessa tilanteessa asiakas saa tilaisuutta kertoa, miten terveysongelma vaikuttaa hänen jokapäiväiseen elämään (Torkkola 2002, 29).

Hyvät vuorovaikutuksen taidot vaikuttavat keskeisesti terveyskeskustelussa terveyden edistämisen tuloksellisuuteen. Vuorovaikutus terveyskeskustelussa edellyttää vastavuoroisuutta, avoimuutta, asiakkaan tuntemista, empatiaa ja asiakkaan rohkaisua. Terveyskeskustelussa pelkkä tiedon välittäminen terveyttä uhkaavista tekijöistä ei riitä vaikuttamaan asiakkaan terveysosaamiseen, vaan tarvitaan terveydenlukutaidon kehittämistä. Asiakkaan terveydenlukutaitoa tukee terveydenhoitajan antama terveystietojen ja taitojen ohjaus sekä terveyden kytkeminen asiakkaan arkielämään. (Honkanen & Mellin 2008, 133, 134.)

Sihvolan (2000) mukaan kouluuntulotarkastuksessa tehtävä terveydenhoitajan ja lapsen välinen terveyskeskustelu tukee terveydenhoitajan työtä ja siitä tulisikin hänen mukaansa kehittää jokaisen terveydenhoitajan työmenetelmä. Kouluuntulotarkastuksen yhteydessä pidetyssä terveyskeskustelussa lapset osasivat kuvata terveydentilaansa erittäin hyvin, ja terveydenhoitajat saivat seurannan kannalta tärkeitä tietoja lasten terveydestä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että terveyskeskustelun kysymysten tulee olla riittävän lyhyitä ja yksinkertaisia, jotta ne vastaavat lapsen kielellistä kehitystä. Tutkimuksen käyttöarviossa terveydenhoitajilta

kysyttiin, löytyykö terveystalkustelun perusteella tukea tarvitsemat oppilaat. Terveystalkusteluista 68 % vastasi myöntävästi. Terveystalkusteluja antoivat myös palautetta terveystalkustelusta. Positiivisena asiana pidettiin lasten myönteistä asennetta terveystalkustelua kohtaan, kielteisenä asiana koettiin ajan puute. (Sihvola 2000, 115-117.)

## 2.2 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on asiakaslähtöinen keskustelutapa ja ohjausmenetelmä, jota terveystalkustelu voi soveltaa esimerkiksi elintapamuutoksessa motivaation herättelyyn ja muutosprosessissa tukemiseen. Motivoivassa haastattelussa vahvistetaan asiakkaan sisäistä motivaatiota muutokseen. Motivaation tulisi lähteä asiakkaan havaitsemasta ristiriidasta nykyisen ja toivotun olotilan välillä. (Honkanen & Mellin 2008, 141.) Motivoivassa haastattelussa motivaatio ymmärretään subjektiivisena kokemuksena ja sisäisenä motivaation tilana, johon asiakas voi vaikuttaa ja jota myös ympäristö voi muokata. Elintapojen muutos edellyttää, että asiakas ymmärtää muutoksen merkityksen terveystensä ja elämänlaatunsa kannalta. (Kyngäs & Hentinen 2008, 112, 216.)

Motivoivassa haastattelussa korostuvat vuorovaikutus ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotka edistävät avointa kommunikaatiota. Siinä vuorovaikutuksen neljä pääperiaatetta ovat empatian ilmaiseminen, ristiriidan voimistaminen, vastarinnan kiertäminen ja asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen. Asiakasta tuetaan ottamaan vastuuta, tuetaan hänen uskoa itseensä ja muutospuikihiinsä, sekä kunnioitetaan hänen oikeuttaan valita itse muutostavoitteensa. (Honkanen & Mellin 2008, 141-143.)

Motivoivan haastattelun keskeisiä menetelmiä ovat vahvistaminen, avointen kysymysten esittäminen, heijastava kuuntelu, tiivistäminen ja muutospuheen esiin nostaminen. Vahvistamisen avulla tuetaan asiakkaan itsetuntoa ja asiantuntemusta muutoksessa. Sen avulla pyritään tunnistamaan ja nimeämään asiakkaan vahvuuksia. Motivoivassa haastattelussa pyritään käyttämään avoimia kysymyksiä, jotta asiakas kertoisi tarkemmin omasta tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Heijastavalla kuuntelulla tarkoitetaan sitä, että haastattelija yrittää kuuntelemalla ja havainnoimalla ymmärtää mitä asiakas tarkoittaa. Haastattelija toimii ikään kuin haastateltavan ajatusten peilinä, jolloin haastattelija toistaa ääneen kuulemansa tai tarkistaa muulla

tavalla ymmärsikö hän kuulemansa ja havainnointinsa oikein. Näin haastattelija voi suunnata haastateltavan huomion asioihin, jotka voisivat olla tämän ongelman ratkaisemisen kannalta olennaisia. Neljäs menetelmä on tiivistäminen, joka tarkoittaa kuullun yhteen vetämistä. Tiivistäminen antaa haastateltavalle tunteen siitä, että häntä kuunnellaan ja samalla haastateltava voi tarvittaessa korjata väärinymmärryksiä. Muutospuhe on asiakkaan puhetta oman tilanteensa haitoista ja muutoksen tuomista eduista. Muutospuhe ilmentää muutsoptimismia ja -aikomuksia, joita voidaan tukea vahvistavilla kommentteilla ja kartoittamalla yhdessä haastattelijan kanssa tavoitteiden suuntaisia onnistumisia. (Koski-Jänes, Riittinen & Saarnio 2008, 50-54.)

Vaikka motivoivaa haastattelua pidetään yleisesti toimivana, ei motivoiva haastattelu sovi joka tilanteeseen eikä kaikille asiakkaille. Toiset asiakkaat saattavat hyötyä suoraviivaisemmasta ohjauksesta. (Koski-Jänes ym. 2008, 60.)

### 2.3 Varhainen puuttuminen

Varhainen puuttuminen tarkoittaa varhain käynnistettyjä toimenpiteitä tilanteissa, joissa ammattihenkilöllä herää huoli yksilön tai perheen tilanteesta. Se nähdään usein prosessina, jonka lähtökohtana on huolen tunnistaminen. Jokaisella ammattihenkilöllä on oma subjektiivinen näkemys asiakkaan tilanteesta. Objekttiivisen kokonaiskuvan ollessa kadoksissa varhainen puuttuminen ihmisten ongelmiin lykkääntyy. (Honkanen & Mellin 2008, 168.)

Tunnistamisen jälkeen huoli otetaan puheeksi asiakkaan kanssa. Osa huolista on helppo ottaa puheeksi, mutta joidenkin huolien käsittely voi olla vaikeaa. Vaikeiden asioiden käsittely asiakkaan kanssa koetaan epämiellyttäväksi ja näiden ongelmien esiin nostaminen aiheuttaa pelkoa asiakkaan loukkaantumisesta ja asiakassuhteen vaarantumisesta. Terveystietäjän omat arvot, asenteet ja elämänhistoria vaikuttavat paljon siihen, miten hän kokee vaikeisiin asioihin puuttumisen ja niiden käsittelyn. (Honkanen & Mellin 2008, 168.)

Huolen arviointiin ja puheeksiottoon on kehitetty menetelmiä. Yksi tällainen menetelmä on huolen vyöhykkeistö (taulukko 1), joka auttaa ammattihenkilöä arvioimaan oman huolen määrää ja sitä, milloin huolen kanssa voi jäädä seuraamaan



tilannetta ja milloin on syytä puuttua asiaan (Honkanen & Mellin 2008, 170). Huolivyöhykkeistön lähtökohtana on huoleton tilanne. Seuraava vyöhyke on ns. pienen huolen vyöhyke, mikä merkitsee, että ammattihenkilöllä on käynyt mielessä jokin huolen aihe tai ihmettely asiakkaan tilanteesta. Tässä vaiheessa ammattilainen luottaa vielä omiin mahdollisuuksiin ja voimavaroihin. Kun huoli on käynyt ammattilaisen mielessä toistuvasti, lähestytään huolen harmaata vyöhykettä. Tällä vyöhykkeellä ammattilainen voi kokea, etteivät hänen omat auttamiskeinot riitä, ja hän voi pohtia lisäresurssien tarvetta. Suuren huolen vyöhykkeellä huolta on paljon ja se on jatkuvaa. Tällä alueella ammattilainen näkee, että muutos tilanteeseen on välttämätön ja lisäresurssien tarve ilmeinen. (Huhtanen 2000, 132, 133.)

Puheeksi ottamisen tukena voidaan käyttää kysymyslomaketta, jonka avulla terveydenhoitaja valmistautuu tilanteeseen ennakolta ja voi arvioida sitä jälkikäteen. Huolen puheeksi ottaminen toteutetaan kunnioittavana keskusteluna, mikä edellyttää, että terveydenhoitaja on miettinyt etukäteen, miten hän sanoittaa huolensa ja millaisia ilmauksia ja painotuksia hän käyttää. Sopivan paikan ja ajan valinta on erityisen tärkeää, koska rauhallisen tilan ja ajan valinta viestittää asiakkaalle, että terveydenhoitaja paneutuu asiaan. Rauhallinen tila tarjoaa asiakkaalle myös mahdollisuuden purkaa tunteita, joita puheeksi otto saattaa herättää. (Honkanen & Mellin 2008, 173-176.)

Varhainen puuttuminen sisältää aina tuen jos terveydenhoitajan kokema huoli asiakkaan tilanteesta on aiheellinen ja edellyttää toimenpiteitä. Tämä käynnistää usein moniammatillisen yhteistyön, koska terveydenhoitaja ei aina ole itse pääasiallinen tuen antaja. (Honkanen & Mellin 2008, 173.)

TAULUKKO 1. Huolen harmaa vyöhykkeistö (Honkanen &amp; Mellin 2008, 171).

EI HUOLTA	PIENI HUOLI		HUOLEN HARMAA VYÖHYKE		SUURI HUOLI	
1	2	3	4	5	6	7
Ei huolta lainkaan	Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessä: luottamus omiin mahdollisuuksiin vahva.	Huoli tai ihmettely käynyt toistuvasti mielessä: luottamus omiin mahdollisuuksiin hyvä.  Ajatuksia lisävoimavarojen tarpeesta.	Huoli kasvaa: luottamus omiin mahdollisuuksiin heikkenee.  Mielessä toivomus lisävoimavaroista ja kontrollin lisäämisestä.	Huoli tuntuva: omat voimavarat ehtymässä.  Selvästi koettu lisävoimavarojen ja kontrollin lisäämisen tarve.	Huolta paljon ja jatkuvasti: lapsi/nuori vaarassa. Omat keinot loppumassa.  Lisävoimavaroja ja kontrollia saatava mukaan heti.	Huoli erittäin suuri: lapsi/nuori välittömässä vaarassa. Omat keinot loppumassa.  Muutos lapsen tilanteeseen saatava heti.

#### 2.4 Perhekeskeinen näkökulma

Perhe on yhteiskuntamme ydinyksikkö, joka yleisimmin koostuu lapsista ja heidän vanhemmistaan. Tämä määritelmä jää kuitenkin auttamattoman suppeaksi, sillä yhteiskunnalliset muutokset ja kulttuuri muokkaavat perhekäsitystä. Ydinperhemuotoja ovat kahden tai yhden huoltajan perhe, joissa vanhemmuus on joko biologista tai adoptioon perustuvaa. Suurperheeksi kutsutaan kolmen sukupolven perhettä, laajentunutta perhettä, heimoperhettä ja moniavioisuuteen perustuvaa perhettä. Uusperheellä tarkoitetaan avioliiton purkautumisen jälkeen perustettua uusi liittoa, samaa sukupuolta olevien liittoa sekä kommuunia. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2001, 10.) Toisaalta psykologinen ja sosiaalinen määritelmä voi erota biologisesta tai juridisesta määritelmästä. Siksi jopa perheen sisällä sen jäsenten näkemykset perheestä voivat poiketa toisistaan. Perhekeskeisen työotteen yksi asiakaslähtöisyyden avain onkin, että jokaisella yksilöllä on vapaus määritellä perheensä itse. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 195.)

Perhekeskeinen työote korostaa perhettä itsensä asiantuntijana. Perheen mielipiteitä tulee kuunnella ja arvostaa kaikissa perhettä koskevissa päätöksissä ja suunnitelmissa.

(Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2005, 17.) Perhekeskeisyydessä on tavoitteena löytää ratkaisuja perheen arkipäivän ongelmiin (Vilén ym. 2008, 199). Perhe nähdään kokonaisuutena, jossa yhden jäsenen ongelma tai sairaus vaikuttaa myös muihin perheen jäseniin (Etzell, Korpivara, Lukkarinen, Nikula, Pekkarinen, Peni & Värmälä 1998, 85). Lähtökohtana on siis yksilö, mutta taustatekijänä on perhe, joka tulee ottaa huomioon hoidossa (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 33). Yksilön terveyden edistämiseen vaikuttavat koko perheen tavat ja tottumukset, ja siksi yksilön ymmärtäminen onkin helpompaa, jos tuntee taustatekijät (Etzell ym. 1998, 85). Terveyskäyttäytyminen lähtee perheen sisältä ja on sidoksissa niihin terveyttä ja sairautta koskeviin käsityksiin, mitkä perheessä nähdään tärkeiksi (Etzell ym. 1998, 13).

Käytännön hoitotyössä perhekeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että perhe nähdään joko taustatukena yksilöä hoidettaessa tai perhe itsessään ymmärretään hoitotyön asiakkaaksi (Ivanoff ym. 2006, 10,13). Hakulisen ym. (1999) mukaan käsitteiden perhekeskeinen hoitotyö ja perhehoitotyö erot eivät ole aina olleet suinkaan selviä. He toteavat kuitenkin niiden olevan samansisältöisiä käsitteitä, joskin perhehoitotyö on määritelty perhekeskeistä hoitotyötä tarkemmin. (Hakulinen ym. 1999, 26, 38.) Perhehoitotyössä yksilön ja perheen sekä terveyden ja sairauden väliset yhteydet otetaan huomioon hoitosuunnitelmassa ja hoitoa analysoitaessa. Sen tavoitteena on vahvistaa perheen omia voimavaroja sekä tukea myös itsehoitoon. Näin perheen kyky vastata erilaisiin muutoksiin vahvistuu. (Hakulinen ym. 1999, 27.)

Perhehoitotyössä nähdään kolme ominaispiirrettä, joiden käyttö voi vaihdella samankin asiakkaan kohdalla tai olla käytössä vaikka yhtä aikaa. Perhe voidaan nähdä taustatekijänä, jäsentensä summana tai asiakkaana. Kun perhettä pidetään taustavoimana, mielenkiinto kohdistuu nimenomaan yksilön kehitysmuutoksiin, ja perhe taustatekijänä voi olla joko voimavaroja kartuttava tai niitä kuluttava. Jos perhe nähdään jäsentensä summana, se merkitsee, että hoidetaan perhettä yksilönä ja keskitytään perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen. Perheen ollessa asiakkaana, hoidetaan koko perhettä samanaikaisesti ja yksilöt väistyvät taustalle. Tällöin ollaan kiinnostuneita perheen dynamiikasta, voimavaroista ja selviytymiskeinoista. Perhe integroidaan johonkin laajempaan kokonaisuuteen, kuten esimerkiksi sukuun, yhteisöön tai yhteiskuntaan. Tavoitteena on kaikkien näiden hyvinvointi ja terveys. (Etzell ym. 1998, 85-90; Hakulinen ym. 1999, 27-30.)

Vilen ym. (2008) korostavat kumppanuuden merkitystä perhekeskeisen hoitotyön toteuttamisessa. Heidän mukaansa kumppanuus tarkoittaa yhteistyötä eri perheenjäsenten kanssa. Kaikki perheenjäsenet nähdään tasavertaisina, ja jokaisella heistä on omaa asiantuntijuutta. Kumppanuutta toteutetaan parhaiten dialogisuuden avulla. Siinä asiakkaita kuunnellaan, ja heidän tietojaan ja taitojaan arvostetaan, vaikka ne olisivatkin ristiriidassa työntekijän oman asiantuntijuuden kanssa. Kun sekä työntekijän että asiakkaan näkemyksiä punnitaan yhdessä, saadaan toteutettua yksilöllistä, perheen tarpeisiin vastaavaa asiantuntijuutta. (Vilen ym. 2008, 198.)

## 2.5 Neuvokas perhe- ohjausmenetelmä

Neuvokas perhe -ohjelma on tarkoitettu ohjausmenetelmäksi erityisesti terveydenhoitajille lapsiperheiden liikunta- ja ravitsemusohjauksen apuvälineeksi. Sen päämääränä on edistää lapsiperheiden terveellisiä liikunta- ja ravintotottumuksia sekä ehkäistä ylipainoa. Menetelmä helpottaa ylipainon puheeksi ottamista, ja auttaa herättelemään perheenjäsenten motivaatiota elintapojen parantamiseen sekä kannustaa muutoksessa. Se on kehitetty osaksi Sydänliiton Suomalaista Sydänohjelmaa vuosina 2006-2008. Kohteena ovat kaikki äitiys- ja lastenneuvolan piirissä olevat lapsiperheet, ja menetelmä on tarkoitettu käytettäväksi osana neuvolakäyntejä. Sitä voidaan soveltaa myös kouluterveydenhuollossa sekä aikuisten vastaanotoilla. Kouluterveydenhuollon osalta menetelmää testataan vuoden 2010 aikana. (Koskenkorva, Alapappila, Pusa, Kuisma & Lagström 2009, 6-7.)

Neuvokas perhe –ohjausmenetelmä koostuu kolmesta työvälineestä sekä työvälineiden käyttöä tukevasta täydennyskoulutuksesta. Työvälineinä toimivat Neuvokas perhe -kortti, Neuvokas perhe –kuvakansio ja Neuvokas perhe –tietokansio. Neuvokas perhe -kortti on ohjausmenetelmän runko. Kortissa kartoitetaan äidin, isän ja lapsen liikunta- ja ruokailutottumuksia, sekä pyydetään jokaisen perheenjäsenen arvioimaan omia muutostarpeita ja onnistumista muutoksissa. Kysymykset pohjautuvat valtakunnallisiin terveyttä edistäviin ja lapsen normaalia kasvua ja kehitystä tukeviin liikunta- ja ravitsemussuosituksiin. Kuvakansio havainnollistaa kortin kysymyksiä ja on tarkoitettu käytettäväksi ohjauksen yhteydessä. Tietokansio toimii käsikirjana ja sisältää perhe- ja voimavara- ja lähtöisen ohjauksen perusteet sekä käsittelee ruoka- ja liikuntatottumuksiin liittyviä aihealueita. (Koskenkorva ym. 2009, 8-9.)

Ohjausmenetelmän yhteistyötahoina on toiminut muun muassa Turun yliopiston STRIP- projekti, joka on osoittanut, että elintapaohjauksen avulla voidaan vaikuttaa myönteisesti lasten ruokailu- ja liikuntatottumuksiin sekä ehkäistä erityisesti tyttöjen ylipainoa (Kaitosaari, Rönnemaa, Viikari, Lagström, Niinikoski, Hakanen & Simell 2005, 21-25; Koskenkorva ym. 2009, 7).

### 3 YLIPAINO 7-12-VUOTIAILLA

#### 3.1 Lasten ylipainon määrittäminen

Ylipaino sekä lapsella että aikuisella merkitsee kehon liiallista rasvamäärää. Kansainvälisesti ylipainoa ja lihavuutta määritellään painoindeksin avulla, joka on erilainen lapsilla ja aikuisilla. Lasten painoindeksi mukailee lapsen ikää ja sukupuolta, eikä näin ollen aikuisilla käytettäviä painoindeksirajoja voida käyttää lasten lihavuuden arvioinnissa. (Saukkonen 2006, 299.) Lasten painoindeksirajat eivät Suomessa kuitenkaan toistaiseksi sovellu käytännön työhön, koska niiden yhtenevyyttä pituuspainon raja-arvojen kanssa ei ole vielä selvitetty (Lagström 2006, 288; Saukkonen 2006, 299).

Lapsen ikään ja sukupuoleen sidottu paino ilmenee kasvukäyristä (Saukkonen 2006, 299). Suomessa lapsuusiän ylipaino ja lihavuus todetaan pituuteen suhteutetun painon eli pituuspainon määrittämisellä. Pituuspaino tarkoittaa painoa suhteessa samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainoon. Kun kouluikäisen pituuspaino ylittää 20-40 % pituuspainosta, voidaan lasta pitää ylipainoisena. (Käypä hoito -suositus 2005; Saukkonen 2006, 299.) Ylipainon rajan ylittäminen ennakoi lihavuutta, minkä vuoksi onkin tärkeää havaita nousu lapsen painokäyrässä. Yli 10 %:n nousu painokäyrässä 5 cm:n pituuskasvun aikana viittaa lihomiseen. (Käypä hoito -suositus 2005; Saukkonen 2006, 301.)

Tästä eteenpäin tässä työssä sekä ylipainosta että lihavuudesta käytetään termiä ylipaino. Kyseessä on sama ongelma eri asteisena. Ylipainon ja lihavuuden raja-arvot ylittäneitä lapsia käsitellään ylipainoisina riippumatta, onko kyseessä ylipaino vai lihavuus.

#### 3.2 Ylipainon esiintyvyys alakouluikäisillä

Ylipainoisten osuus on kasvanut viime vuosikymmenten aikana maailmanlaajuisesti ja kaikissa ikäryhmissä. Kuten odotettua, tämä kasvattaa terveydenhuoltojärjestelmän kuormitusta, sillä ylipaino lisää riskiä useisiin sairauksiin. Etenkin 2-tyypin diabeteksen

esiintymisen yhä nuoremmilla oletetaan johtuvan ylipainon yleistymisestä lapsilla. (Lagström 2006, 288.) Länsimaisten lasten ylipaino on lisääntynyt jopa kaksin - kolminkertaiseksi verrattuna 1970-lukuun. Ylipainon yleistymisen arvellaan johtuvan ihmisten elinympäristössä ja elämäntavassa tapahtuneista muutoksista. (Kavalainen, Päättalo, Ihanainen & Nuutinen 2008, 4.)

Myös Suomessa ylipainoisia lapsia on yhä enemmän. Taulukkoon 2. on koottu suomalaisia tutkimuksia, joissa on tarkasteltu ylipainoisten alakouluikäisten lasten määrää. Ylipainoisten 7-11-vuotiaiden lasten osuus vaihteli iän ja eri tutkimusten perusteella. Alakouluikäisistä tytöistä ylipainoisia oli 8-21 % ja pojista 3,5-20 %. (Sihvola 2000, 89; Salonen, Aromaa, Rautava, Suominen, Alin & Liuksila 2004, 563-569; Kaitosaari ym. 2005, 21-25; Hakanen 2009, 43-45.)

TAULUKKO 2. Tutkimuksia, joissa on kartoitettu suomalaisten ylipainoisten alakouluikäisten lasten määrää.

Tutkimus	Ylipainon määrittely	Ikä	Otos	Ylipainoisia tyttöjä %	Ylipainoisia poikia %	Tietojen keräys vuodet
Sihvola 2000, Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa	Pituuspaino > 20 %	7	1820	13	13	1996
Salonen ym. 2004, Miten suomalainen koululainen voi?	Pituuspaino > 20 %	11	26	20	20	2002
Kaitosaari ym. 2005. STRIP	Pituuspaino > 20 %	7	344* 340**	8* 10**	4* 3,5**	1990- 2002
Hakanen. 2009. STRIP	Pituuspaino > 20 %	7 9 10 11	1062  585	16*, 18** 16*, 21** 10*, 19** 19*, 21**	8*, 11** 14*, 14** 12*, 12** 17*, 17**	1990- 2002

\* STRIP –tutkimuksen interventiorryhmä

\*\* STRIP –tutkimuksen vertailuryhmä

STRIP –tutkimuksessa sekä interventio- että vertailuryhmän lapset olivat alusta lähtien hieman ikäisiään suomalaisia keskivertolapsia pitempiä ja painavampia. Interventior ryhmän lapsille annettiin ruokavalio-ohjantaa. Keskenään ryhmät eivät eronneet pituuden tai painon keskiarvojen suhteen missään vaiheessa. Ylipainoisten lasten osuus suureni iän myötä, kun vastaavasti normaalipainoisten osuus pieneni. (Kaitosaari ym. 2005, 21-25.) Osuus kasvoi kahdesta ikävuodesta ylöspäin. Tyttöillä ylipaino oli yleisempää vertailuryhmässä kuin interventior ryhmässä, pojilla merkittäviä eroja ryhmien välillä ei ollut. (Hakanen ym. 2006, 621-623.)

### 3.3 Ylipainon syitä alakouluikäisillä

#### 3.3.1 Perheen sosioekonominen asema

Terveysten eriarvoisuus näkyy myös suomalaisten lasten keskuudessa (Haapalahti, Mykkäen, Tikkanen & Kokkonen 2003, 367). Vanhempien matalan sosioekonomisen aseman on useissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä lapsen ylipainoon. Laitisen, Powerin & Järvelinin (2001, 289, 291) tutkimuksen mukaan alempien sosiaaliryhmien keskuudessa keskimääräinen painoindeksi oli äideillä korkeampi kuin korkeammissa sosiaaliluokissa ja heidän lapsensa olivat usein ylipainoisempia kuin korkeammin koulutettujen äitien. Erikssonin, Forsenin, Osmondin & Barkerin (2003, 3008) mukaan taas isän matala sosioekonominen asema oli yhteydessä nopeaan painoindeksin nousuun. Myös Taulu (2010) todensi tutkimuksessaan vanhempien koulutustason olevan yhteydessä lasten sekä vanhempien ravitsemustottumuksiin. Tulokset osoittivat, että lukion käyneet vanhemmat ja heidän lapsensa söivät peruskoulun käyneitä terveellisemmin. (Taulu 2010, 143-144.) Haapalahden ym. (2003) mukaan korkean sosioekonomisen aseman omaavan perheen lapset söivät vihanneksia useimmin, käyttivät vähemmän voita ja runsasrasvaista maitoa kuin matalammassa sosioekonomisessa asemassa olevat lapset (Haapalahti ym. 2003, 367).

Laitisen ym. (2001) tärkein havainto oli, että erot painoindeksissä sosioekonomisen aseman mukaan havaittiin jo syntymäpainossa ja yhden vuoden iässä, ja tällä oli pitkän aikavälin vaikutus painoindeksiin. Ylipaino oli yhteydessä matalaan sosioekonomiseen asemaan vielä 31 vuoden iässä. (Laitinen ym. 2001, 291.)



### 3.3.2 Ravintotottumukset

Suomalaisten lasten ruokavaliossa on havaittu huolestuttavia piirteitä. Ravintoaineiden saannin poikkeamat suosituksista ovat merkittäviä. Poikkeamia ovat liiallinen kovan rasvan, sokerin ja suolan saanti sekä liian vähäinen kuidun, D-vitamiinin ja folaatin saanti. Vanhempien päivittäisten elintarvikevalintojen ja kouluruokailun merkitys korostuvat, kun halutaan lasten ravintoaineiden saanti vastaamaan paremmin suosituksia. (Kiiski, Schwab, Kalinki, Lind, Tompuri, Lakka, & Lakka 2009, 144-145.)

Lasten terveellisten ravintotottumusten perustana tulisi olla kunnon aamupala, mahdollisimman säännöllinen ateriarhythmi sekä perheen yhteiset ateriat (Mustajoki 2007, 224). Välipalat eivät saisi koostua paljon sokeria sisältävistä virvoitusjuomista ja runsasenergisistä naposteltavista. Jokapäiväisillä valinnoilla on kuitenkin suurempi merkitys kuin silloin tällöin tapahtuvalla herkuttelulla. (Aho, Salo & Komulainen 2005; Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 79.)

Ihmisellä on synnynnäinen taipumus pitää makeasta. Useimmat makumieltymykset kuitenkin opitaan, eivätkä ne ole synnynnäisiä. Lasten makumieltymyksiin vaikuttaa usein esimerkki. Äidiltä ja vanhemmilta sisaruksilta opitaan makuelämykset, jotka sitten heijastuvat vähitellen lastenkin valintoihin. (Mustajoki 2007, 212, 214.) Vanhempien päivittäisillä elintarvikevalinnoilla onkin suuri vaikutus lapsen ruokavalioon. Tutkimuksissa on osoitettu, että pelkästään vanhemmille annettulla ravitsemusohjauksella pystyttiin vähentämään lasten ylipainoa merkittävästi. (Mustajoki 2007, 218, 224.)

### 3.3.3 Liikuntatottumukset

Lapsen elämään tulisi kuulua paljon sekä leikkimistä että huoletonta omaehtoista tekemistä. Lapsi tarvitsee sopivasti vapaa-ajan, harrastusten ja koulutöiden vaihtelua. Jotta lapsella säilyisi ilo liikuntaharrastuksia kohtaan, hän tarvitsee paljon onnistumisen kokemuksia, mahdollisuuksia erilaisten asioiden opetteluun sekä riittävästi kiitosta ja myönteistä kannustusta. (Nikander 2009, 115.)

Lapsuusikä on motorististen taitojen oppimisen tärkeä vaihe. Jos lapsi ei saa riittävästi monipuolisia liikekokemuksia voi motoristen taitojen kehittyminen hidastua. Tällä voi osaltaan olla myöhemmin negatiivisia vaikutuksia lapsen fyysiseen aktiivisuuteen. Liikunnan määrä voi vähentyä ja mielenkiinto kohdistua muihin harrastuksiin myös iän myötä, vaikka lapsella on luontainen tarve liikkumiseen. Nykyään fyysisesti passiivisten lasten määrän on arvioitu lisääntyneen, ja tästä syystä tutkijoiden mukaan myös ylipainoisten terveysongelmien määrä on kasvanut. (Stigman 2006, 3-4.)

Lapsen hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää, että lapsi löytää liikuntamuodon, josta hän pitää ja jossa hän voi saada terveellisten elämäntapojen lisäksi onnistumisen kokemuksia ja nautintoa. Erityisen mukavaksi lapselle liikuntaharrastuksen tekee perheen osallistuminen ja tuki lapsen harrastukseen. (Nikander 2009, 117.) Myös Rautavan, Laakson, & Nupposen (2003) tutkimuksen mukaan vanhempien merkitystä esimerkiksi 5. luokkalaisten oppilaiden liikuntaharrastuksiin pidetään merkittävänä. Perheen liikuntaan käyttämä aika ja lapsen omatoiminen liikunta liittyvät merkittävästi yhteen. Lapsen omatoiminen liikunta oli vähäistä perheissä, joissa harrastettiin vähän liikuntaa ja aktiivisinta perheissä, joissa harrastettiin paljon liikuntaa. Rajoittavina tekijöinä liikunnan harrastamiselle vanhemmat pitivät taloustöitä ja työelämään liittyviä tekijöitä kuten väsymystä. Vanhempien mukaan parhaita keinoja edistää lapsen liikunnallisuutta on kannustaminen ja harrastuksen tukeminen (94 % vanhemmista), muita edistämiskeinoja olivat vanhemman osallistuminen (69 % vanhemmista), välineiden hankkiminen ja kustantaminen (44 % vanhemmista). Muutama prosentti vanhemmista korosti myös liikunnan terveydellistä vaikutusta sekä jotkut ohjasivat lapsiaan tiettyihin lajeihin. 74 % vanhemmista kohdisti jonkin verran odotuksia lapsen harrastukselle. Vanhemmat odottivat lapsen oppivan harrastuksen myötä terveellisen liikunnallisen elämäntavan sekä sosiaalisia taitoja. (Rautava ym. 2003, 28-30.)

### 3.3.4 Perintötekijät

Nykyisin ylipainoa pidetään sekä perintötekijöiden että ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksen tuloksena. Näiden kahden tekijän osuus painonnousussa kuitenkin vaihtelee eri yksilöillä. Joillakin ylipaino on vahvasti elämäntapojen aiheuttamaa, toisella taas syy piilee geeneissä. (Uusitupa 2006, 86.)

Vanhempien ylipainon yhteyttä lapsen ylipainoon on selvitelty monissa tutkimuksissa. Hakasen (2009) STRIP -tutkimuksessa tyttöjen kohdalla äidin ylipaino lisäsi riskiä tulla ylipainoiseksi 16 % ja isän ylipaino 10 %. Poikien ollessa kyseessä isän ylipaino lisäsi riskiä 14 %, mutta äidin ylipaino ei ollut merkittävä riskitekijä ylipainolle. (Hakanen 2009, 39.) Sen sijaan Pohjois- Suomessa tehdyssä seurantatutkimuksessa ylipainoisten lasten äideillä todettiin korkeammat painoindeksit lasten sukupuolesta riippumatta. Tutkimuksen mukaan äidin painosta ennen raskautta voi ennustaa lapsen painon ainakin 31 vuoden ikään asti. (Laitinen, Power, Järvelin 2001, 287-294.) Fogelholmin ym. (1999) havaitsivat ylipainoisten 7-12 -vuotiaiden sekä tyttöjen että poikien vanhemmilla korkeammat painoindeksit kuin normaalipainoisten vanhemmilla. Myös tässä tutkimuksessa todettiin vanhempien ylipainon olevan voimakkaasti yhteydessä lasten ylipainoon. (Fogelholm, Nuutinen, Pasanen, Myöhänen & Säätelä 1999; 1264.) Perheittäin esiintyvän lihavuuden riskiin vaikuttavat geneettisten tekijöiden lisäksi myös elinympäristö, kuten perheen tavat ja tottumukset (Uusitupa 2006, 88).

Eräs lihomiseen vahvimmin vaikuttavista geeneistä on FTO-geeni, joka edistää erityisesti varhaislapsuuden lihomista. Geeni löydettiin, kun kartoitettiin perintötekijöiden yhteyttä tyypin 2 diabeteksen syntyyn. Eri geenit aktivoituvat eri elämän vaiheissa. (Heiskanen-Haarala 2008, 24.) Hakasen tutkimuksessa (2009) FTO-geenin vaikutus painoindeksiin ja ylipainon riskiin alkoi näkyä seitsemän vuoden iästä lähtien ja sen vaikutus oli niin huomattava, ettei annettu ennaltaehkäisevä neuvonta sitä kumonnut (Hakanen 2009, 39-40). Kuitenkin se, miten FTO-geenin sekä muiden ylipainoa aiheuttavien geenien toiminta pystyttäisiin estämään, on vielä epäselvää (Heiskanen-Haarala 2008, 24).

### 3.3.5 Sairaudet

Ylipaino lapsilla johtuu sairaudesta vain hyvin harvoin. Jos kuitenkin painonnousu on yllättävää, tai esiintyy muita oireita, kuten väsymystä, korkeaa verenpainetta, voimakasta karvoitusta, kehon ja aivot toiminnan viivästynyttä kehittymistä tai pituuskasvun hidastumista tai pysähtymistä, aletaan usein epäillä sairautta ylipainon taustatekijäksi. (Janson & Danielsson 2005, 58-59.)

Ylipainoa aiheuttavia sairauksia lapsella voi olla esimerkiksi hypotyreoosi eli kilpirauhasen vajaatoiminta, jonka seurauksena energian kulutus vähenee ja rasvan varastoituminen edistyy. Myös lapsilla esiintyvä kasvuhormonien vajaus kiihdyttää painonnousua, ja leikki-ikänsä sivuutettuaan valtaosa näistä lapsista on ylipainoisia. Ylipaino on yleistä useissa oireyhtymissä, kuten esimerkiksi Cushingin-, Prader-Willin sekä Cohenin oireyhtymissä. Cushingin taudissa liikapaino johtuu useimmiten glukokortikoidilääkityksen ruokahalua lisäävästä vaikutuksesta. Prader-Willin oireyhtymässä lihominen alkaa 2-3 vuoden ikäisenä, jolloin lapsella ilmenee kyltymätöntä näläntunnetta ja tarvetta syödä ruoka-aineiksi sopimattomia asioita. Myös Cohenin oireyhtymässä ylipaino kehittyy jo lapsuusiässä. (Rissanen & Uusitupa 1998, 89, 91; Janson & Danielsson 2005, 59-60; Lipsanen-Nyman 2009, 899-900.)

### 3.3.6 Ympäristötekijät

Elinympäristömme on muuttunut yhä motorisoituneemmaksi. Lapsia kuljetetaan kouluun ja harrastuksiin autoilla, hissit ja rullaporaat korvaavat hyötyliikunnan. Tämä on johtanut siihen, että aikaisemmin arjen rutiineihin tarvittu energiankulutus on vähentynyt. (Salo 2006, 1211, 1212.)

Nykyteknologia on valloittanut lasten vapaa-ajan, ja harrastukset ovat muuttuneet entistä passiivisemmiksi. Liikunnalliset leikit ja pelit ovat osin korvautuneet tv:n ja videoiden katselulla, tietokone- ja konsolipeleillä sekä internetissä surffailulla. (Salo 2006, 1211-1212; Mustajoki 2007, 218.) Tutkimuksissa tällä muutoksella on havaittu olevan yhteyttä ylipainon kehittymiseen nuoruusiällä (Käypä Hoito -suositus 2005). Kautiaisen (2008) Nuorten terveystapatutkimuksen osatutkimuksessa erityisesti tyttöjen ylipainon todettiin olevan yhteydessä tietokoneella ja television ääressä vietettyyn aikaan. Sen sijaan digitaalisten pelien pelaamiseen kulutettu aika ei ollut yhteydessä ylipainoon. (Kautiainen 2008, 11-14.)

Ympäristö vaikuttaa merkittävästi myös ravintotottumuksiin. Aiemmin mainitut viihdeteknologiaharrastukset ovat lisänneet energiapitoisten naposteltavien syöntiä (Mustajoki 2007, 218). Kiihtynyt elintarvikkeiden markkinointi mahdollistaa runsaasti energiaa sisältävien ruokien ajasta ja paikasta riippumattoman saannin. Lisäksi suurentuneet annos- ja pakkauskoot ovat omiaan lisäämään kiusausta ylensyöntiin.

(Salo 2006, 1211, 1212.) Yhteisten ruokailuhetkien puuttuminen ja perheiden kiireinen arki ovat johtaneet siihen, että runsasenergisten, paljon rasvaa sisältävien valmisruokien, kuten pitsojen ja ranskalaisten syönti on lisääntynyt lapsilla (Aho ym. 2005).

## 4 YLIPAINOINEN LAPSI KOULUTERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA

### 4.1 Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja tehtävät

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on edistää kouluyhteisön hyvinvointia ja lasten terveyttä sekä tukea tervettä kasvua ja kehitystä (Stakes 2002, 28). Tavoitteeseen pääsyä edistetään terveydellisten ja turvallisten olojen valvonnalla sekä kaikille ikäluokille suunnatuilla terveystarkastuksilla ja seulontatutkimuksilla. Lisäksi yksilöllisellä tai ryhmäkohtaisella terveysneuvonnalla ja -kasvatuksella sekä koululaisten ja perheiden tukemisella ja ohjaamisella voidaan vaikuttaa myönteisesti lasten hyvinvointiin. (Stakes 2002, 22-37.) Kouluterveydenhuoltoa säätelee kansanterveyslaki ja sen käytännön toimintaa ohjaavat Kouluterveydenhuollon opas (2002) sekä Kouluterveydenhuollon laatusuositukset (2004) (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 373).

### 4.2 Terveyden edistäminen kouluterveydenhuollossa

Terveydenhoitaja on kouluyhteisössä terveyden edistämisen sekä koululaisen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin asiantuntija, joka vastaa hoitotyön ammattilaisena kouluterveydenhuollosta (Stakes 2002, 31; Haarala ym. 2008, 376). Terveydenhoitaja vastaa kouluterveydenhuollon palveluiden tiedottamisesta oppilaille, vanhemmille ja opettajille. Näiden tahojen lisäksi terveydenhoitaja työskentelee yhteistyössä koululääkärin ja oppilashuollon muun henkilöstön kanssa. Työssään hän seuraa oppilaan terveyttä, keskustelee heidän kanssaan henkilökohtaisista asioista sekä tukee oppilaita ja heidän vanhempiaan terveyteen liittyvissä asioissa. Seulontatutkimuksista ja vuosittaisista terveystapaamisista huolehtiminen ovat esimerkkejä terveydenhoitajan työtehtävistä. (Stakes 2002, 31.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman asetuksen (2009) mukaan peruskoulun aikana terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät yhteistyössä oppilaalle kolme laaja-alaista terveystarkastusta ja laativat niiden pohjalta oppilaalle yksilöllisen terveyssuunnitelman (Stakes 2002, 37-39; STM 2009, 47). Laajat tarkastukset tehdään pääsääntöisesti ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla. Mikäli oppilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi ja terveyden kehittyminen aiheuttavat erityistä huolta

voidaan tehdä poikkeuksellisesti ylimääräinen laaja-alainen tarkastus. (STM 2009, 33, 47.)

Laaja-alainen terveystarkastus koostuu terveydenhoitajan tekemistä seulontatutkimuksista ja lääkärin suorittamasta terveystarkastuksesta. Lisäksi terveydenhoitaja ja lääkäri haastattelevat lasta, vanhempia ja opettajaa lapsen terveyteen vaikuttavista tekijöistä. (Stakes 2002, 37.) Tarkoituksena on kartoittaa koko perheen elinoloja, terveystottumuksia ja sairauksia sekä kasvuympäristön ongelmia. Lapsen terveydentilan monipuolinen arviointi on tärkeää mahdollisten sairauksien ja terveyttä uhkaavien tekijöiden ennaltaehkäisemiseksi ja löytämiseksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Kokonaisuuden hahmottamiseksi molemmat vanhemmat saavat kutsun lapsensa tarkastukseen ja osallistuvat siihen mahdollisuuksien mukaan. Laaja-alainen tarkastus edellyttää vanhemman mukana oloa. (STM 2009, 33-48.)

Terveystarkastukseen sisältyvän haastattelun tärkeimpänä työvälineenä pidetään terveyskeskustelua, jonka avulla perhe voi luontevasti kertoa omasta elämäntilanteestaan, terveystottumuksistaan, sekä mahdollisista ongelmistaan. Keskustelun tukena voidaan käyttää ennalta täytettyä kyselylomaketta. (Stakes 2002, 37-39; STM 2009, 48.) Seulontatutkimukseen puolestaan kuuluu etsiä mahdollisia sairauksia, terveydellisiä riskitekijöitä tai ongelmia. Seulontatutkimusta voi olla esimerkiksi lapsen kasvun ja kehityksen seuraaminen. (Stakes 2002, 39.) Laaja-alaisen terveystarkastuksen lopuksi lääkäri tekee oman arvioinnin lapsen hyvinvoinnista sekä mahdollisten tutkimusten ja hoidon tarpeesta yhteistyössä perheen kanssa (STM 2009, 32).

Laaja-alaisen terveystarkastusten välivuosina terveydenhoitaja kohtaa oppilaita suunnitelluissa tai erikseen sovituissa terveystapaamisissa tiettyjen tautien ja ongelmien löytämiseksi. Runko tapaamisiin koostuu yleensä luokka-astekohtaisista, koululaisen kehitykseen tai huoliin liittyvistä terveystapaamisista. (Stakes 2002, 39; STM 2009, 51.) Kohdennettuja terveystarkastuksia tehdään lapselle, jolla epäillään olevan psyykkisiä, fyysisiä tai elämäntapoihin liittyviä riskitekijöitä (Stakes 2002, 37-39).

Tiina Mäenpää on tutkinut alakoulun terveydenhoitajan ja perheen välistä yhteistyötä. Tutkimuksen mukaan yhteistyö vanhempien ja terveydenhoitajan välillä ei ollut aina niin suunnitelmallista ja säännöllistä kuin sen tulisi olla, vaan yleensä yhteydenottoon

oli syynä jokin lapsen ongelma tai vaiva, johon terveydenhoitaja halusi puuttua. Vanhemmat pitivät yhteistyötä kuitenkin tärkeänä, koska kokivat tarvitsevansa tukea lapsen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä ongelmista huolehtimiseen. He myös luottivat terveydenhoitajan työhön ja asiantuntemukseen, vaikka eivät tarkalleen tienneet heidän työnsä monipuolisuutta ja laaja-alaisuutta. (Mäenpää 2008, 75-76.)

#### 4.3 Terveydenhoitaja lapsen painonhallinnan tukijana

Terveydenhoitaja jatkaa alakoulun terveystarkastuksissa ja terveystapaamisissa äitiys- ja lastenneuvolassa alkanutta painon seuranta (Stakes 2002, 67). Painon kehitystä ja ylipainoa seurataan kasvukäyrien avulla. Ylipainoisten lasten seurannan tavoitteeksi saattaa riittää painonnousun pysäyttäminen, jolloin lapsi hoikistuu pituuskasvun jatkuessa ja suhteellinen paino pienenee. (Stakes 2002, 67; Keränen & Järvi 2009, 84.) Jos suhteellinen paino ei ala laskea tai jopa nousee yli 40 prosentin normaalista painosta, tulee terveydenhoitajan puuttua ylipainoon hienotunteisesti, mutta napakasti. Lapsen ylipainoon puuttuminen tulisi tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Manelius 2007, 16.)

Ensisijaisesti ylipainon seuranta suoritetaan oman terveydenhoitajan vastaanotolla, jossa keskustellaan lapsen kanssa painon kehityksestä, sovitaan painokontrollit ja tiedotetaan asiasta vanhempia (Manelius 2007, 16). Terveydenhoitaja kutsuu vanhemmat mahdollisuuksien mukaan kaikkiin oppilaan terveystarkastuksiin ja terveystapaamisiin (Stakes 2002, 37). Vastaanotolla terveydenhoitaja antaa perheille yksilöohjausta tai ryhmäohjausta painonhallinnan perheryhmässä (Stakes 2002, 68).

Ohjauksen aluksi kartoitetaan perheen tarpeet ja arvioidaan tilanne. Terveydenhoitaja sopii tavoitteet yhdessä vanhempien ja lapsen kanssa, koska ilman heidän omaa kiinnostustaan ja sitoutumistaan asiaan, painonhallinta ei onnistu ja sitä ei silloin kannata edes aloittaa. Tämän jälkeen tuetaan perheen tekemiä pieniäkin elämäntapamuutoksia ja autetaan perhettä löytämään painonhallintaa tukevia keinoja. Terveydenhoitaja antaa tapaamiskerroilla myös tarvittaessa ohjausta elämäntapamuutoksiin. Lapsen terveyden edistämisen kannalta tärkeämpää on pysyvien elintapojen muuttaminen kuin normaalipainon saavuttaminen. Tavoitteena terveellisten



ruoka- ja liikuntatottumuksien lisäksi on lapsen itsetunnon vahvistaminen sekä oman kehonkuvan hyväksyminen. (Stakes 2002, 67, 68.)

Terveystenhoitajalla on siis hyvät mahdollisuudet tukea ja edistää lapsen painonhallintaa monilla eri keinoilla sekä puuttua useimpiin ylipainoa aiheuttaviin syihin. Jos lapsi on ylipainoinen, ainoa keino normaalipainon saavuttamiseksi on saada muutosta lasten energiansaantiin ja kulutustottumuksiin. (Mustajoki 2007, 212.) Terveystenhoitaja tukee perhettä lapsen painonhallinnassa ohjaamalla heille terveellisiä ravintotottumuksia, jotka ovat koululaisen painonhallinnan perusta. Niihin kuuluvat säännöllinen ateriaritmi, monipuolinen ruoka sekä energiatarvetta vastaava ruokamäärä (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 135-136). Pysyäkseen normaalipainoisena tai laihtuakseen lapsen tulisi saada runsaasti kasviksia, välttää rasvaisia ruokia, runsasenergisiksi juomia, syödä säännöllisesti ja harrastaa liikuntaa (Mustajoki 2007, 212).

Säännöllinen ateriaritmi turvaa tasaisen energian koko päivälle. Sen avulla voidaan myös ehkäistä jatkuvaa napostelua ja hampaiden reikiintymistä. Toimiva ateriaritmi on usein aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala. (Suomen ravitsemussuositus 2005, 39; Haglund ym. 2007, 135.) Säännölliseen ateriaritmiin on hyvä totutella jo lapsena, koska opitut tavat luovat pohjan aikuisiän ruokailutottumuksille. Lapset eivät pysty käyttämään elimistön energiavarastoja yhtä tehokkaasti kuin aikuiset, joten energian tulisi heillä jakautua päivän aikana tasaisemmin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 39.)

Lautasmalli antaa monipuolisen ja tasapainoisen kokoamismallin aterioihin niin lapsille kuin aikuisille, vaikkakin lasten annoskoko on pienempi kuin aikuisilla (STM 2004, 20). Lautasmallissa puolet lautasesta koostuu kasviksista, neljäsosa lihasta, kalasta tai munasta ja viimeinen neljännes perunasta, riisistä tai pastasta. Aterian yhteyteen suositellaan rasvatonta tai vähärasvaista maitoa tai piimää, leipä ja jälkiruoaksi marjoja tai hedelmiä. (STM 2004, 21; Aapro ym. 2008, 78.) Myös välipalojen laadulla on merkitystä lapsen painonhallinnassa. Terveellisiä vaihtoehtoja ovat hedelmät, marjat, täysjyvävalmisteet ja maito. (Aapro ym. 2008, 79.)

Kouluterveydenhuollon tehtävänä on taata koululaisille terveellinen kouluateria sekä mahdollisuus terveellisiin välipaloihin jokaisen koulupäivän aikana, koska kouluateria

kattaa lähes kolmasosan päivittäisestä ravinnosta. Kouluruokailun ja kodin yhteistyössä lapsi oppii ymmärtämään terveellisten ruokailutottumusten merkityksen oman hyvinvoinnin edistäjänä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 7.)

Terveellisten ravintottumusten lisäksi liikunnan merkitys korostuu lapsen painonhallinnan ohjauksessa. Ensimmäisinä kouluvuosina lapsen lihasvoima lisääntyy, uusia taitoja on helpompi oppia ja lapsi hallitsee kehoaan paremmin. Näistä syistä koululainen onkin yleensä liikunnallisesti taitava ja aktiivinen. (Nikander 2009, 117.) Liikunnan harrastaminen ja ulkoilu ovat myös terveellisiä harrastuksia viihteen parissa viihtyvälle koululaiselle. Liikunnan myötä herkkujen napostelu jää pienemmäksi, mikä auttaa lasta painonhallinnassa ja energiankulutuksen säätelyssä. Kansallisia kouluikäisten lasten ja nuorten terveysliikuntasuosituksia ei ole Suomessa vielä laadittu, mutta yleisesti liikunnan määräksi suositellaan vähintään tunti aktiivista liikuntaa päivässä (Stigman 2006, 3).

Koululaista voi passivoida myös mahdolliset fyysiset sairaudet, jotka voivat vaikeuttaa lapsen liikunnan harrastamista tai vähentää kiinnostusta sitä kohtaan. Sairauksien vaikutus painonnousuun on hyvä muistaa huomioida terveydenhoitajan vastaanotolla. Terveydenhoitajan työhön kuuluu puuttua sairauden epäilyyn riittävän varhaisessa vaiheessa sekä ohjata lapsi jatkohoitoon. Lapsi voidaan tarvittaessa lähettää terveydentilan arvioon terveyskeskuslääkärille, joka arvioi tilanteen, ja lähettää mahdollisesti lapsen jatkotutkimuksiin lastenlääkärille, erikoissairaanhoidon tai nuorisopoliklinikalle (Keränen & Järvi 2009, 85). Perintötekijöistä johtuvaan ylipainoon tai sairauksiin terveydenhoitajalla ei ole kovin suuria vaikutusmahdollisuuksia. Lähinnä terveydenhoitajan on mahdollista arvioida, johtuuko perinnöllinen taipumus lihoa myös jostakin lääkärin jatkotutkimuksia vaativasta ongelmasta. (Stakes 2002, 67.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millaisia työvälineitä terveydenhoitajat tarvitsevat tuekseen alakoululaisten ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisijänä toimimisesta ja ylipainon puheeksi ottamisesta alakoulussa.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia työvälineitä terveydenhoitajat käyttävät ylipainon ennaltaehkäisyssä alakoulussa?
2. Millaisena terveydenhoitajat ovat kokeneet ylipainon puheeksi ottamisen koululaisen ja hänen perheensä kanssa?
3. Millaisia kehittämis ehdotuksia terveydenhoitajilla on ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen liittyen?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, jossa käsitys todellisuudesta on kokemukseen perustuva (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157). Laadullisen tutkimuksen tehtävänä ei ole selittää eikä mitata, vaan tulkita ja ymmärtää. Se pyrkii pääsemään sisälle yksilön ajatusmaailmaan ja selvittämään tutkittavan antamia merkityksiä asioille. Ratkaisevaa on siis aineiston laatu, ei suuri tutkimuskohteiden joukko. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2003, 31.)

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole löytää syy-seuraus-suhteita, vaikka aineisto sisältäisikin yhdessä esiintyviä asioita (Koivula ym. 2003, 31). Tuloksia ei pyritä yleistämään, vaan keskitytään ymmärtämään tutkimuskohdetta subjektina (Hirsjärvi ym. 2007, 176, 177).

Valitsimme tutkimuksen toteutustavaksi laadullisen tutkimuksen, koska opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien subjektiivisia kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisijänä toimimisesta ja ylipainon puheeksi ottamisesta alakoulussa. Pyrimme ymmärtämään heidän tällä alueella tehtävästä työstä nousevia ajatuksiaan ja tunteitaan.

Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen tulee aina pohjautua teoriaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19). Teoriaton tutkimus on helposti joko intuitioon tai mielipiteiden varaan perustuva näkemys tutkittavasta aiheesta (Koivula ym. 2003, 31). Teoriaa tarvitaan ennen kaikkea tutkimuskokonaisuuden hahmottamiseen, mutta myös metodien, tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden tarkasteluun (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18).

### 6.2 Aineiston keruu

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymyksiä ei esitetä

liian tarkkoina tai yksityiskohtaisina, eikä missään erityisessä järjestyksessä (Hirsjärvi ym. 2007, 203). Lisäksi haastattelu on keskustelunomainen ja haastattelija pystyy varmistumaan siitä, mitä haastateltava kulloinkin tarkoittaa. Kysymykset muotoillaan siten, että niillä löydetään tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksellisiä vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77.)

Teemahaastattelurungon rakensimme tutkimustehtäviin perustuen. Tutkimustehtävät nousivat niin ikään opinnäytetyömme tavoitteen pohjalta. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa siitä, millaisia työvälineitä terveydenhoitajat tarvitsevat tuekseen alakoululaisten ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen. Jotta uusia työvälineitä voidaan kehittää, täytyy selvittää terveydenhoitajien tällä hetkellä käyttämät työvälineet, kartoittaa niiden riittävyys sekä kehittämistarpeet työvälineisiin liittyen. Näiden pohjalta nousivat ensimmäinen ja kolmas tutkimustehtävä. Toisessa tutkimustehtävässä kokemuksien kartoittaminen ylipainon puheeksi ottamisesta oli tarpeen, koska halusimme selvittää, millaisia haasteita ja toisaalta ongelmattomia ja sujuvia tilanteita terveydenhoitajat kohtaavat ottaessaan ylipainon puheeksi. Pyrkimyksenämme oli saada selville, millaisiin tilanteisiin ohjausta tukevia työvälineitä olisi tarvetta kehittää.

Teemahaastattelu sopi työhömmme, koska pyrkimyksenämme oli kartoittaa terveydenhoitajien kokemuksia valitsemiemme teemojen alta. Määrittelimme aluksi haastattelun teemaosiot, joista kokosimme haastattelurungon. Teemojen alle kirjoitimme apukysymyksiä, jotta saisimme mahdollisimman kattavat vastaukset tutkittaviin asioihin.

Teemahaastattelurungon pohjalta haastattelimme viittä Tampereen alakouluissa työskentelevää terveydenhoitajaa, joille laitoimme etukäteen sähköpostilla teemahaastattelurungon ja ehdotimme haastatteluajoja. Kaikki haastateltavat suhtautuivat myönteisesti haastatteluun. Terveydenhoitajilla oli noin kaksi viikkoa aikaa perehtyä haastattelukysymyksiin. Haastattelut toteutimme maaliskoukuun aikana.

Neljä viidestä haastattelusta toteutimme yhdessä. Haastattelut toteutimme terveydenhoitajien omissa työpisteissä yksilöhaastatteluina. Ne olivat keskustelunomaisia, ja tarkensimme laatimamme teemahaastattelurungon kysymyksiä tarpeen mukaan väärrien tulkintojen estämiseksi. Haastattelut kestivät 20-40 minuuttia.

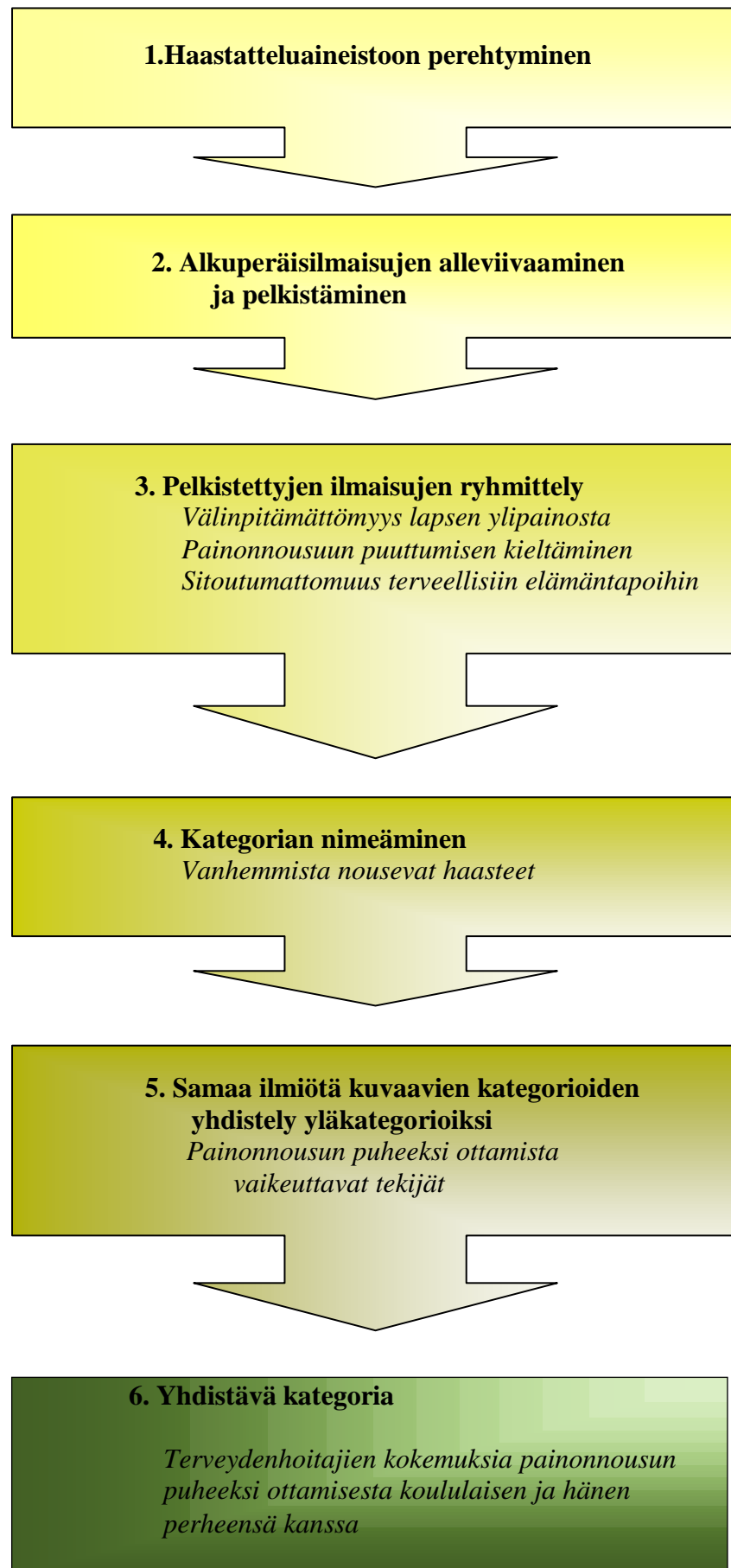
Ne nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki pian haastattelutilanteiden jälkeen. Aukikirjoitukset toteutimme kumpikin itsenäisesti. Pehdyimme aineistoihin yhdessä ja keskustelimme niistä nousevista ajatuksista, ennen kuin etenimme varsinaiseen analyysivaiheeseen. Analyysivaihe kesti heinäkuun loppuun. Tutkimusraportin valmistuttua kaikki kerätty haastattelumateriaali hävitettiin.

### 6.3 Sisällönanalyysi

Analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysiä, jota pidetään laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmänä. Sisällönanalyysimenetelmä sopii melkein päihin tahansa kirjallisessa muodossa olevaan materiaaliin, siis strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Sisällönanalyysi voi olla joko aineistolähtöinen, teorialähtöinen tai teoriasidonnainen analyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93-105.)

Tässä työssä käytimme aineistolähtöistä analyysiä, koska koimme sen parhaaksi analysointimenetelmäksi teemahaastattelulla keräämäämme aineistoon. Analyysissä edetään aineistoon tutustumisesta, pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta kategorioiden muodostamiseen. Lopuksi tulokset tulkitaan ja arvioidaan niiden luotettavuutta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-24; Koivula ym. 2002, 42, 43.) Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta poistetaan kaikki tutkimuskysymysten kannalta epäolennainen. Lisäksi voidaan pilkkoa informaatiota osiin tai tiivistää sitä. Pelkistämistä seuraavassa ryhmittelyvaiheessa aineistosta kopioidaan alkuperäisilmaukset, jotka ryhmitellään ja yhdistetään samankaltaisiin luokkiin. Luokille nimetään yhteinen käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111-113.)

Tässä opinnäytetyössä aloitimme aineistonanalysoinnin kuuntelemalla haastattelut ja aukikirjoittamalla ne sanasta sanaan. Sen jälkeen tutustuimme yhdessä aineistoon ja pehdyimme siihen syvemmin. Alleviivasimme kaikki tutkimuskysymyksien kannalta kiinnostavat vastaukset erivärisillä kynillä, jotta kaikki epäolennainen jäisi pois. Tiivistimme ja pilkoimme osiin alleviivatut asiat sekä jaoin ne tutkimuskysymyksittäin. Yhdistimme samankaltaiset vastaukset ja muodostimme niistä alaluokkia, jotka nimesimme yhteisellä ja kuvaavalla käsitteellä. Näistä muodostimme jälleen yläluokat, joista muodostui pääluokka (kuvio 1).



KUVIO 1. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.

## 7 TULOKSET

### 7.1 Terveystarkastajien käyttämät työvälineet ylipainon ennaltaehkäisyssä alakoulussa

Terveystarkastajat kokivat ylipainon ennaltaehkäisytyönsä kulmakiveksi terveystarkastukset, joita tehdään ensimmäisellä, kolmannella ja viidennellä luokalla. Ennen terveystarkastusta oppilaan kotiin lähetetyn esitietolomakkeen pohjalta terveydenhoitajat keskusteleval oppilaan ja mahdollisesti mukana olevien vanhempien kanssa ruokailutottumuksista, liikuntatottumuksista ja vapaa-ajankäytöstä. Kaavakkeen avulla asioiden läpikäynti oli haastateltujen mukaan luontevaa, koska vanhemmat olivat tietoisia siitä, että asiat käydään läpi jokaisen oppilaan kohdalla, eikä vain heidän perheensä kanssa.

*Jokaiseen tämmöseen terveystarkastukseen ja terveystapaamiseen kuuluu, että keskustellaan painosta, keskustellaan siitä kasvusta, keskustellaan ruokailusta ja liikunnasta ja terveellisistä elämäntavoista. Että se on varmaan se perusjuttu mihin kaikki (ennaltaehkäisy) pohjaa sitte kumminki.*

Terveystarkastuksissa mitataan oppilaan paino ja pituus. Näin lapset, joilla ylipainon kehittyminen on todennäköistä havaitaan ajoissa, ja terveydenhoitaja voi seuralla tilannetta sopimalla kontrollikäyntejä tietyin väliajoin. Ohjauksessa pyritään keskustelemaan ja etsimään ratkaisuja niihin elintapoihin, joissa lapsella on epäkohtia.

*Siihen pitää niinkö puuttua, jos on paljon tämmöstä mutustelua, karkkien syöntiä ja limsan juontia, niin mulla on noita kuvakortteja, joita me käydään läpitte.*

Ohjauksen tukena suurin osa terveydenhoitajista kertoi käyttävänsä erilaista ruokavalio- ja liikuntatottumuksia käsittelevää materiaalia, jota he olivat keränneet koulutuksista sekä saaneet eri yhdistyksiltä postitettuina. Erityisesti lautasmallit sekä kuvakortit he kokivat työvälineinä hyvinä. Osa terveydenhoitajista käytti myös ruokapäiväkirjaa ylipainoisen lapsen ollessa kyseessä. Mahtavat muksut -kirjaa käytti yksi terveydenhoitajista. Materiaalia annettiin myös kotiin luettavaksi. Erityisen hyviksi ja toimiviksi useat haastatelluista kokivat lapsille kotiin annettavat tehtäviä sisältävät lehtiset, joita lapset saivat täyttää sitä mukaa, kun suorittivat esimerkiksi määrääjän liikuntaa päivässä. Tämä lisäsi lasten innokkuutta liikunnan harrastamiseen vapaa-ajalla.



## 7.2 Terveystenhoitajien kokemuksia ylipainon puheeksi ottamisesta koululaisen ja hänen perheensä kanssa

Lähes kaikki haastatellut terveydenhoitajat kokivat ylipainon puheeksi ottamisen vaikeaksi asiaksi. Haastavuus ilmeni lapsen vanhemmista, lapsesta ja terveydenhoitajasta itsestä nousevina haasteina sekä ympäristön tuomina haasteina.

Terveystenhoitajat näkivät vanhemmat suureksi haasteeksi ylipainon puheeksi ottamisessa. Vanhemmat suhtautuivat usein kielteisesti painonnousun puheeksi ottamiseen. Oli melko tavallista, että ylipainoisten lasten vanhemmat olivat soittaneet tai laittaneet viestiä terveydenhoitajalle ennen terveystarkastusta, ettei heidän lapsensa ylipainoa saisi ottaa puheeksi vastaanotolla. Tällaisessa tilanteessa terveydenhoitajat kokivat olevansa voimattomia asian suhteen, mutta useimmat puhuivat kuitenkin korostetusti terveellisistä elintavoista sekä yleisesti ylipainon tuomista liitännäissairauksista, vaikka eivät varsinaisesti paino-ongelmaan ottaneetkaan kantaa.

*Siinä on sitte kädet sillai sidotut aika pitkälle, että vaikka yleisellä tasolla käydään niitä sitte läpi, että sitten siihen on vaikea puuttua, jos äiti on vakaasti sitä mieltä, että tästä (ylipainosta) ei saa puhua.*

Syitä puheeksi ottamisen kieltämiselle oli useita. Vanhemmat saattoivat vähätellä asiaa, ja pitää terveydenhoitajan suhtautumista ylireagoivana. He eivät nähneet asiaa ongelmana, johon pitäisi puuttua. Näissä tilanteissa terveydenhoitajat kokivat helpoimmaksi perustella asiaa painokäyrän avulla. Painokäyrä antoi vanhemmille konkreettisen kuvan lapsen painon kehitymisestä ylipainoksi.

*Tossa ku katotaan käyrät ja mä näytän et sen pitäis mennä näitten kymppien tai vähintään kahdenkymmenen prosenttien välissä ni ne huomaa sen ittekin.*

Myös joidenkin vanhempien vahva kokemus omasta asiantuntijuudesta lapsen painonhallinnassa vaikeutti painonnousuun puuttumista. Vanhemmat kokivat pystyvänsä itse hoitamaan lapsen ylipainoa ilman terveydenhoitajan puuttumista asiaan.

Vanhempien välinpitämättömyys lapsen ylipainon suhteen oli haastateltujen mukaan joskus turhauttavaa. Jos vanhempien motivaatio perheen elintottumusten muutokseen on kadoksissa, eivätkä he halua terveydenhoitajan asiaan puuttuvan, toiveet lapsen

normaalipainon saavuttamiseksi ovat usein heikkoja. Erityisesti, jos lapsi on jo todella ylipainoinen, haastatellut kokivat riittämättömyyden tunnetta.

*Jos se vanhempien motivaatio on se tasan nolla, ni se voi olla äärimmäisen hankalaa. Ja vanhemmat on niinkö sitä mieltä, että se ei kuulu sulle niin sitten mä nostan kädet pystyyn.*

Terveystenhoitajat kokivat ylipainon puheeksi ottamisen arkaluontoiseksi tilanteissa, joissa he pelkäsivät vanhempien kokevan puheeksioton syyllistävänä. Esimerkiksi silloin, jos vanhemmat olivat itse ylipainoisia oli lapsen painoon vaikea puuttua. Hienotunteisuutta terveystenhoitajalta vaati myös, jos lapsi oli yksin vastaanotolla. Lapsen luonne ja itsetunto vaikuttivat siihen, miten terveystenhoitaja toimi tilanteessa. Toisten lasten kanssa oli helpompi ottaa ylipaino puheeksi kiertelemättä, kun taas toisten kanssa joutui miettimään tarkemmin, miten asian ilmaisee. Lapsi saattoi olla täysin tyytyväinen painoonsa tai toisaalta ylipainonsa vuoksi koulukiusattu ja haavoittuneen itsetunnon omaava.

*Jos ne vanhemmat ei oo mukana siinä niin silloin pitää olla aika hienotunteinen lasta kohtaan, että mitä kyselee, ettei tavallaan lähe uteleen, ettei sille lapselle tuu semmonen paha olo.*

Yksi vastaajista koki arkuutta tilanteissa, joissa vanhemmat pelkäsivät puheeksi ottamisen negatiivisia vaikutuksia lapsen terveyteen. Vanhemmat ajattelivat, että lapsi voi saada traumoja tai sairastua anoreksiaan painonnousun puheeksi oton seurauksena.

Toisaalta ylipainon puheeksi ottaminen koettiin helpoksi, jos vanhemmat ymmärsivät asian tärkeyden ja olivat motivoituneita auttamaan lasta normaalipainon saavuttamisessa. Vanhempien innostuessa muuttamaan koko perheen ruokavaliota terveellisemmäksi sekä kannustamaan lasta liikkumaan tulokset olivat usein hyviä.

Terveystenhoitajat kokivat ylipainon puheeksi ottamisen hankalaksi myös ajanpuutteen vuoksi. Kouluilla saattoi olla useita satoja oppilaita yhden terveystenhoitajan vastuulla, jolloin aikojen järjestäminen oli haastavaa. Heidän mielestään täytyisi olla enemmän aikaa paneutua perheen tilanteeseen yhdessä lapsen ja vanhempien kanssa.

### 7.3 Terveystenhoitajien kehittämisehdotukset ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen liittyen

Terveystenhoitajat kokivat materiaalia olevan paljon. He kaipasivat kuitenkin uutta, ajantasaista ja raikasta materiaalia vanhojen tilalle. Eri ikäryhmille kohdennettua materiaalia oli jonkin verran, mutta myös sen lisääminen nähtiin tarpeelliseksi. Yksi haastatelluista kertoi kaipaavansa nimenomaan vanhemmille jaettavaa, selkeästi faktoihin perustuvaa materiaalia. Osa koki, että erityisesti ylipainoisille suunnattua materiaalia tulisi olla enemmän. Kaikki terveystenhoitajat olisivat valmiita ottamaan lisää materiaalia käyttöön, jos heille sitä tarjottaisiin.

Yhtenäiselle ja selkeälle ohjausmenetelmälle koettiin olevan tarvetta. Haastateltujen keskuudesta nousi ehdotus systemaattisen materiaalipankin kokoamisesta Tampereen peruskoulujen käytettäväksi. Ruokavalio- ja liikuntaohjaukseen tarkoitettua kansiosta, joka sisältäisi lapsille suunnattua, ikätaasoista materiaalia, olisi hyötyä useille haastatelluista. He korostivat, että se ei kuitenkaan saisi olla liian laaja, jotta tarvittava materiaali löytyisi helposti.

Yksi haastatelluista toivoi painonhallintaryhmien järjestämistä, jotka toteutettaisiin toiminnallisilla keinoilla. Esimerkiksi kotitalousopettajien kanssa yhteistyössä voitaisiin opetella terveellisten aamu- ja välipalojen valmistamista jo alakoulussa. Hänen mukaansa tällainen konkreettinen toiminta olisi vaikuttavampaa kuin pelkästään sanallinen ohjaus.

Yksi terveystenhoitaja koki ammatillisen tuen tarvetta työssään koululaisen painonhallinnan tukijana. Hän toivoi, että puheeksi ottamisen vaikeuksiin voitaisiin paneutua yhdessä muiden kouluterveystenhoitajien ja yhteistyötahojen kanssa, ja löytää ratkaisuja ja hyviä toimintamalleja pulmatilanteisiin.

*Kaipais jotain herätyskokouksia, et yhdessä pohdittais miten sen asian ottais puheeksi, tässä on kuitenkin niin yksin sen lapsen ja perheen kanssa.*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus perustuu tutkijaan, aineiston analyysiin, aineiston laatuun ja tulosten esittämiseen. Tulosten ja aineiston välisen yhteyden osoittaminen on luotettavuuden kannalta avainkysymys. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36-37.) Tässä opinnäytetyössä tulosten ja aineiston välinen yhteneväisyys saavutettiin järjestelmällisen analyysin avulla rehellisyyttä noudattaen ja alkuperäistä ajatusta kunnioittaen.

Analyysivaiheessa huomasimme, että omat ennakko-odotukset tuloksista olivat vaikuttaneet haastattelutilanteessa niin, että olimme tarkentaneet edelleen rungossa esitettyä apukysymystä työvälineiden kehittämisestä liian yksityiskohtaiseksi. Kysyimme johdattelevasti, kokivatko terveydenhoitajat tarvetta jonkinlaiselle kootulle materiaalikansiolle. Tähän terveydenhoitajien oli helppo vastata myöntävästi. Hirsjärven ym. (2008) mukaan tutkijan tulee noudattaa työssään sekä menetelmällistä että kielellistä objektiivisuutta (Hirsjärvi ym. 2008, 53). Kun käsitteet ja tutkimusasetelma ovat tutkijan itse asettamia, on täydellistä objektiivisuutta tuloksiin nähden kuitenkin vaikea saavuttaa.

Tärkeä luottavuuden kriteeri on myös tutkijan käyttämän lähdekirjallisuuden laatu ja määrä. Opinnäytetyömme teoriaosion aineisto on runsas, koska aiheesta on paljon tutkimustietoa. Aineisto on koottu sekä tutkimuksista että erilaisesta aihepiirejä käsittelevistä kirjallisuudesta. Lähteiksi olemme valinneet korkeatasoisia tutkimuksia, kuten väitöskirjoja sekä valtakunnallisia projektien osatutkimuksia. Käytimme myös kansainvälisissä ja kotimaisissa asiantuntijalehdissä julkaistuja artikkeleita. Suurin osa aineistosta on julkaistu 2000-luvulla. Tätä vanhemmat lähteet on valittu harkiten tiedon muuttumattomuuden perusteella. Pyrimme käyttämään aina ensisijaisia lähteitä, jotta saimme asian selville alkuperäisessä muodossaan.

## 8.2 Eettisyys

Aiheemme nousi tarpeesta tutkia, onko kouluterveydenhoitajilla riittävästi työvälineitä ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousun puheeksi ottamiseen. Tutkimuskysymysten avulla kartoitimme myös terveydenhoitajien kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisystä ja painonnousun puheeksi ottamisesta, jotta kokemuksista nouseviin tarpeisiin vastaavaa materiaalia voidaan tarvittaessa kehittää. Tutkimusaiheemme on siis perusteltua ja eettisesti oikeutettua tutkimustarpeesta johtuen. Saimme tutkimusluvan Tampereen kaupungin hoitotyön päälliköltä tammikuussa 2010.

Haastattelukutsuissa korostimme, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja sen voi halutessaan keskeyttää missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Haastattelutilanteiden aluksi vielä painotimme, ettei kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys paljastu ulkopuolisille. Terveydenhoitajien työhuoneissa oli meidän haastattelijoiden lisäksi vain haastateltava, eikä ulkopuolisilla ollut mahdollisuutta kuulla keskustelua.

## 8.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimuksemme tuloksista kävi ilmi, että ylipainon ennaltaehkäisy Tampereen alakouluissa painottuu perustavanlaatuisesti ensimmäisellä, kolmannella ja viidennellä luokalla toteutettaviin terveystarkastuksiin. Sosiaali- ja terveysministeriön kouluterveydenhuollon asetuksen mukaan terveystarkastukset tulee järjestää laajoina vähintään alakoulun ensimmäisellä ja viidennellä sekä yläkoulun kahdeksannella luokalla. Laajoissa terveystarkastuksissa ovat aina mukana terveydenhoitaja, koululääkäri sekä oppilaan vanhemmat. (STM 2009, 47.) Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että vanhemmat eivät aina osallistu terveystarkastuksiin. Uuden kouluterveydenhuollon asetuksen mukaan terveystarkastusta ei voida tällöin pitää laajana (STM 2009, 47).

Vanhempien mukana olo terveystarkastuksissa oli haastateltujen terveydenhoitajien mukaan ensiarvoisen tärkeää, koska vanhempien merkitys lapsen elintottumusten muuttamisessa on ratkaiseva. Lapset eivät itse valitse ruokavaliotaan, vaan vanhemmat säätelevät syömistä pitkälle kouluikään. Tutkimuksissa on osoitettu, että sekä

syömiskokemuksilla että vanhempien esimerkillä suosia tiettyjä ruoka-aineita on suuri merkitys sille, millaiset makumieltymykset lapselle kehittyy. (Mustajoki 2007, 212-215; Keränen & Järvi 2009, 82.) Myös perheen liikunnallisella elämäntavalla sekä istuvien harrastusten rajoittamisella on todettu olevan yhteyttä lapsen aktiiviseen vapaa-ajan käyttöön. (Rautava ym. 2003, 28-30; Mustajoki 2007, 212.) Terveystarkastuksissa haastatellut kertoivatkin käyvänsä yhdessä perheen kanssa tarkasti läpi ruokailutottumuksia ja lapsen vapaa-ajan viettoa, kannustavansa liikkumaan ja etsimään vaihtoehtoisia ratkaisuja esimerkiksi ruudun ääressä vietetylle ajalle.

Ylipainon puheeksi ottaminen oli terveydenhoitajien mukaan usein haastavaa. Oli yleistä, että vanhemmat kielsivät painonnousuun puuttumisen. He saattoivat jo ennen terveystarkastusta ilmoittaa, ettei asiaa saa ottaa puheeksi vastaanotolla. Joissakin tapauksissa terveydenhoitajien mukaan auttoi se, että he korostivat puhuvansa terveellisistä elämäntavoista, eivätkä laihduttamisesta. Jotkut vanhemmat eivät kuitenkaan halunneet asiaan puuttuttavan millään tasolla. Tällöin terveydenhoitajat kokivat voimattomuutta ja avuttomuutta, koska vanhempien kieltäessä heillä ei ollut oikeutta puuttua lapsen ylipainoon. Ulkopuolelta saattoi tulla huomautuksia ja ihmettelyä siitä, eikö terveydenhoitaja pysty puuttumaan painon jatkuvaan nousuun. Tämä lisäsi entisestään ristiriitaisia ajatuksia terveydenhoitajissa. Näissä tilanteissa kaksi haastatelluista kertoi lähettävänsä perheen koululääkärille motivaation herättelyyn, mutta ellei sekään auttanut, tilanteelle ei silloin ollut ratkaisua. Stakesin kouluterveydenhuollon opas korostaa, että ilman lapsen ja vanhempien motivaatiota painonhallinta ei onnistu eikä siihen silloin kannata panostaa (Stakes 2002, 68). Herää kuitenkin kysymys, voisiko tilanteissa, joissa lapsen ylipaino uhkaa hyvinvointia ja tervettä aikuisuutta, ammatillisella olla oikeus vanhempien kielloista huolimatta ottaa lapsi kontrolloituun painoseurantaan. Kun painonkehityksestä raportoitaisiin vanhemmille aina toistuvien kontrollikäyntien jälkeen, voisivat vanhemmat painokäyrää toistuvasti seuraamalla havahtua asian vakavuuteen ja motivoitua elintapamuutoksiin.

Tutkimuksessa ilmeni, että terveydenhoitajat kohtaavat myös tilanteita, joissa vanhemmat kieltävät ylipainon puheeksi ottamisen lapsen kuullen. Näissä tilanteissa terveydenhoitajat kutsuivat vain vanhemmat keskustelemaan asiasta. Keräsen ja Järven mukaan alle 12-vuotiaan lapsen ollessa kyseessä terveystarkastusta voidaan antaa tarvittaessa vain vanhemmille, koska lasten elintapoihin vaikutetaan kuitenkin ensisijaisesti vanhempien välityksellä (Keränen & Järvi 2009, 84).

Lasten lihavuuden käypähoito-suosituksen (2005) mukaan asiakaslähtöisyyden perustana lapsen painonhallinnassa on, että perhettä ei kritisoida (Käypä hoito- suositus 2005). Terveystenhoitajat kertoivatkin korostaneensa vanhemmille, ettei tarkoituksena ole syyllistää ketään, vaan pyrkiä yhdessä etsimään ratkaisuja tilanteeseen. Joskus vanhemmat kuitenkin kokivat puheeksi oton syyllistävänä joko heitä tai lasta kohtaan, mikä teki tilanteesta haastavan.

Ylipainoon puututtaessa ruokavalio- ja liikuntaohjauksen lisäksi lapsen itsetunnon vahvistaminen sekä oman kehonkuvan hyväksyminen on tärkeää (Stakes 2002, 67, 68). Osalla tutkimuksessa haastatelluista terveystenhoitajista oli kokemusta tilanteista, joissa vanhemmat pelkäsivät ylipainon puheeksi ottamisen negatiivisia vaikutuksia lapsen fyysiseen ja henkiseen terveyteen. Joissakin yksittäisissä tapauksissa ylipainon puheeksi ottaminen oli johtanut itsetunnon laskuun ja jatkuvaan laihduttamiseen. Olisikin tärkeää, että ottaessaan puheeksi ylipainon terveystenhoitaja korostaisi paino-ongelman hyvinvointia heikentäviä vaikutuksia ulkonäöllisten seikkojen sijaan. Näin lapsi kokisi tulevansa hyväksytyksi ja arvostetuksi sellaisena kuin hän on (Käypähoito-suositus 2005).

Tuusulassa kouluterveydenhuolto järjestää yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa ylipainoisille lapsille painonhallintakerhoa kerran kuukaudessa koulupäivän päätteeksi. Tällä pyritään vertaistuen avulla tukemaan lasten itsetuntoa sekä innostamaan painonhallintaan positiivisin keinoin. Tavoitteena on motivoida lapsia elintapamuutoksiin mm. valmistamalla yhdessä terveellisiä välipaloja sekä tutustumalla uusiin liikuntamuotoihin. (Manelius 2007, 16, 17.) Yksi haastattelemistamme terveystenhoitajista ehdotti tällaisen kerhon järjestämistä myös Tampereella. Tavallisia, sanallista ohjausta sisältäviä painonhallintaryhmiä on Honkalan & Merran opinnäytetyön (2009) mukaan kokeiltu, mutta vanhempien motivaatio painonhallintaryhmiin osallistumiseen on ollut heikkoa ja tästä syystä Tampereella tällaiset ryhmät eivät ole olleet suosittuja (Honkala & Merta 2009, 35). Tuusulan mallissa sen sijaan kerho on tarkoitettu vain lapsille, eikä vanhempien osallistumattomuus ole ollut esteenä kerhon toteutumiselle.

Keräsen & Järven (2009) mukaan lapsen ylipainon hoidon tueksi organisoidaan moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat terveystenhoitajan lisäksi, koululääkäri, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja psykologi. He antavat tarvittaessa osaamisensa

terveydenhoitajan käyttöön esimerkiksi kouluttamalla ja antamalla konsultaatiota. (Keränen & Järvi 2009, 85.) Yksi tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista koki tarvitsevansa ammatillista tukea erityisesti muilta kouluterveydenhoitajilta ja yhteistyötahoilta, jos ylipainon puuttuessa yhteistyö perheen kanssa oli vaikeaa. Terveystenhoitaja koki olevansa yksin haasteellisissa tilanteissa ja olisikin toivonut yhteisesti kollegojen kanssa mietittyjä toimintamalleja nimen omaan ylipainon puheeksi ottamiseen. Perheen ollessa motivoitunut koululääkärille ja ravitsemusterapeutille lähettäminen oli kyllä mahdollista.

Neuvokas Perhe -ohjausmenetelmä on kehitetty ylipainon ennaltaehkäisyyn sekä helpottamaan ylipainon puheeksi ottamista. Se auttaa myös herättelemään perheenjäsenten motivaatiota elintapamuutoksiin ja kannustaa muutoksessa. Menetelmän tarkoituksena on toimia liikunta- ja ravitsemusohjauksen apuvälineenä äitiys- ja lastenneuvoloissa ja se otetaan käyttöön mahdollisuuksien mukaan myös kouluterveydenhuollossa. (Koskenkorva ym. 2008, 7.) Tutkimuksemme ilmeni, että terveydenhoitajat kokivat käyttämänsä materiaalin vanhanaikaiseksi ja kaipaivat yhtenäistä ja järjestelmällistä materiaalikansiota, joka tukisi lasten painonhallinnan ohjauksessa. Tämän perusteella Neuvokas Perhe -ohjausmenetelmästä voisi olla hyötyä haastateltujen terveydenhoitajien työssä. Ohjausmenetelmään sisältyy Neuvokas Perhe-kortit, joissa kartoitetaan koko perheen elintapoja, arvioidaan niitä ja niissä tapahtuvia muutoksia. Perheen elintavoissa tapahtuneita muutoksia seurataan kaikkien asiakkaina olevien perheiden kanssa, eikä näin ylipainoisten lasten perheet koe, että vain heidän elintottumuksiin puututaan. (Koskenkorva ym. 2008, 7.) Haastateltujen terveydenhoitajien mukaan etenkin laajoissa terveystarkastuksissa kartoitetaan kyllä kaikkien perheiden elintapoja, mutta elintapamuutosten seuranta jatketaan vain paino-ongelmaisen lapsen perheen kanssa. Ylipainoa ehkäisevä näkökulma ei näin välttämättä toteudu parhaalla mahdollisella tavalla.

Kaiken kaikkiaan tutkimuksemme perusteella voidaan todeta, että lasten painonhallintatyöhön olisi syytä edelleen panostaa erityisesti kunnan tasolta. Terveystenhoitajat pyrkivät oman ammattitaitonsa sekä itse hankkimansa ilmaisen aineiston turvin toteuttamaan työtään parhaalla katsomallaan tavalla, koska tällä hetkellä maksullisten materiaalien hankinta on mahdotonta. Jotta työvälineet sekä toimintamallit yhtenäistyisivät lasten painonhallintatyöhön tulisi suunnata lisäresursseja.



## 8.4 Jatkotutkimusaiheet

Suomen sydänliiton kehittämä Neuvokas Perhe –ohjausmenetelmä on tällä hetkellä suunnattu äitiys- ja lastenneuvoloiden käyttöön. Työvälineiden suunnittelu kouluterveydenhuoltoon soveltuvaksi on aloitettu ja niiden on tarkoitus valmistua vuoden 2011 aikana. (Suomen sydänliitto ry.) Tässä opinnäytetyössä selvitimme terveydenhoitajien tällä hetkellä käyttämiä työvälineitä sekä niiden riittävyyttä ja kehittämistarpeita painonhallintatyöhön liittyen, jotta uusia menetelmiä voidaan kehittää tarpeita vastaaviksi. Jos esimerkiksi Neuvokas Perhe – ohjausmenetelmä otetaan käyttöön myös kouluterveydenhuollossa, olisi hyödyllistä tutkia, onko menetelmällä pystytty parantamaan terveydenhoitajien toteuttaman painonhallintatyön laatua.

## 8.5 Kehittämistehtävä

Opinnäytetyön tekijöistä toinen, Pirkko Mäkelä, opiskelee terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehtoa. Jotta tämä opinnäytetyö osaltaan kehittäisi terveydenhoitotyötä, Pirkko Mäkelä kirjoitti opinnäytetyön pohjalta artikkelin Tampereen Diabetesyhdistyksen TrenDi- jäsenlehteen omana opinnäytetyöhön liittyvänä kehittämistehtävänä (liite 1).

Artikkeliin tiivistettiin opinnäytetyön teoriaosaa sekä tutkimustuloksia, jotka nousivat terveydenhoitajien kokemuksista ylipainon ennaltaehkäisystä ja ylipainon puheeksi ottamisesta alakouluikäisen lapsen ja hänen perheensä kanssa. Artikkelissa tarkastellaan terveydenhoitajan kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisystä sekä ylipainon puheeksi ottamisen vaikeuksiin liittyviä seikkoja. Lisäksi artikkelissa käsitellään terveydenhoitajien kokemusten lisäksi yleisesti terveydenhoitajan työtä kouluterveydenhuollossa lapsen ylipainon ennaltaehkäisijänä ja painon nousuun puuttujana alakoulussa.

Kehittämistehtävän tavoitteena on lisätä tietoa artikkelin lukijoille lasten ylipainon ennaltaehkäisyn ja aikaisen painonnousuun puuttumisen tärkeästä merkityksestä lasten painonkehityksessä sekä terveydenhoitajan roolista tässä työssä yhtenä osapuolena. Kehittämistehtävän tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajan työnkuvaa sekä kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisystä ja painonnousuun puuttumisesta alakoulussa.

## LÄHTEET

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Oppimateriaalit. Helsinki: WSOY.
- Aho, T., Salo, M. & Komulainen, J. 2005. Lihavuus lapsilla. Käyvän hoidon potilasversiot. Luettu 3.9.2010.
- Eriksson, J., Forsen, T., Osmond, C. & Barker, D. 2003. Pathways of infant and childhood growth that lead to type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26, 3008.
- Etzell, S., Korpivaara, L., Lukkarinen, T., Nikula, A., Pekkarinen, I., Peni, R. & Värmälä, H-M. 1998. Perheen ja yhteisön terveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Fogelholm, M., Nuutinen, O., Pasanen, M., Myöhänen, E. & Säätelä, T. 1999. Parent-child relationship of physical activity patterns and obesity. *International Journal of Obesity* 23, 1262-1268.
- Haapalahti, M., Mykkäen, H., Tikkanen, S., Kokkonen, J. Meal patterns and food use in 10- to 11-year-old Finnish children. 2003. *Public Health Nutrition* (6), 367.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY.
- Hakanen, M. 2009. Childhood overweight - Predictors, Consequences and Prevention. University of Turku. Department of medicine. Väitöskirja.
- Hakanen, M., Lagström, H., Kaitosaari, T., Niinikoski, H., Nantö-Salonen, K., Jokinen, E., Sillanmäki, L., Viikari, J., Rönönenmaa, T., & Simell, O. 2006. Development of overweight in an atherosclerosis prevention trial starting in early childhood. The STRIP study. *International Journal of Obesity* 30, 618-626.
- Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY, 25-41.
- Heiskanen-Haarala, I. 2008. Lihavuuden ja perimän yhteydessä riittää vielä paljon selvitettävää. *Diabetes* 8/2008, 24-25.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi Oy.
- Hirvonen, E., Pietilä, A-M. & Eirola, R. 2002. Terveyskeskustelu -tavoitteena dialogi terveyden edistämisessä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 219-242.
- Honkala, I. & Merta, M. 2009. Painavaa asiaa. Terveystoimittajien kokemuksia lihavuuden hoidosta Tampereen peruskouluissa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Honkanen, H. & Mellin, O-K. 2008. Terveysten edistämisen työmenetelmiä terveydenhoitajan työssä. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. Terveystenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 105-272.

Huhtanen, K. 2000. Kun huoli herää. Varhainen puuttuminen koulussa. Juva: PS-kustannus.

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Janson, A. & Danielsson, P. 2005. Painonsa arvoiset. Lasten ylipainosta vanhemmille ja ammattilaisille. Helsinki: Edita.

Kaitosaari, T., Rönnemaa, T., Viikari, J., Lagström, H., Niinikoski, H., Hakanen, M. & Simell, O. 2005. Varhaisen ravitsemusneuvonnan vaikutus lasten seerumin rasva-arvoihin ja kasvuun STRIP-projektissa. Suomen lääkärilehti 60, 21-25.

Kansanterveyslaki 25.11.2005/928.

Kautiainen, S. 2008. Overweight and Obesity in Adolescence. Secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time. University of Tampere. School of Public Health. Väitöskirja.

Kavalainen, M., Päätaalo, A., Ihanainen, M. & Nuutinen, O. 2008. Mahtavat muksut. Ratkaisuja ylipainoisen lapsen hoitoon. 2. uudistettu painos. Helsinki: Dieettimedia Oy.

Keränen, A-M. & Järvi, L. 2009. Lasten lihavuuden toteaminen ja hoito. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 82-86.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimuspotilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Kiiski, S., Schwab, U., Kalinki, M., Lindi, V., Tompuri, T., Lakka, H-M. & Lakka, T. 2009. Lasten ruokavaliossa on huolestuttavia piirteitä. Suomen lääkärilehti 3/2009, 144-145.

Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) 2005. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi Oy.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible. Opas opinnäytteen tekijälle. 2. uudistettu painos. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit Nro 1.

Koskenkorva, J., Alapappila, A., Pusa, T., Kuisma, K. & Lagström, H. 2008. Neuvokas perhe-tietokansio. Suomen Sydänliitto ry.

Koski-Jänes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Tammi Oy.

Kyngäs, H & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito -suositus. 2005. Lasten lihavuus. Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Luettu 20.8.2010.

Lagström, H. 2006. Yleisyys ja muutokset Suomessa. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 284-288.

Laitinen, J., Power, C. & Järvelin, M-R. 2001. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 74 (3), 287-294.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy, 21-37.

Lautala, P. Lihavuus. 2000. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Duodecim, 328-330.

Lipsanen-Nyman, M. 2009. Lasten lihavuus. Teoksessa Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. (toim.) Endokrinologia. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 898-907.

Manelius, M. 2007. Kouluterveydenhoitajat lasten ylipainoa hoitamassa. *Sairaanhoitaja* 8/2007, 16-18.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäenpää, T. 2008. Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen välinen yhteistyö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Nikander, A. 2009. Lapsen ja nuoren psyykkinen kehitys. Teoksessa Hakkarainen, H., Jaakkola, T., Kalaj, S., Lämsä, J., Nikander, A. & Riski, J. (toim.) Lasten ja nuorten urheiluvalmennuksen perusteet. Jyväskylä: VK-Kustannus Oy, 103-122.

Rautava, P., Laakso, L. & Nupponen, H. 2003. Vanhempien merkitys 5. luokan oppilaiden liikuntaharrastuksessa. *Liikunta & tiede* 5-6/2003, 28-30.

Rissanen, A. & Uusitupa, P. 2006. Lihavuuden syyt. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus ongelma ja hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 89-91.

Salo, M. 2006. Lasten lihavuus – paljon työtä edessä. *Duodecim* 2006 (122), 1211-1212.

Salonen, P., Aromaa, M., Rautava, P., Suominen, S., Alin, J. & Liuksila, P-R. 2004. Miten suomalainen koululainen voi? Viidennen luokan laajennetun terveystarkastuksen keskeisiä löydöksiä. *Duodecim* (120), 563-569.

Saukkonen, T. 2006. Lasten lihavuuden arviointi. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 299-302.

Sihvola, S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Stigman, S. 2006. Lasten yleistyvä lihavuus. UKK-instituutti. Terveysliikunnan tutkimusuutiset. Lasten liikunta. Luettu 2.2.2010. <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/193-lastenliikunta.pdf>.

STM. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Helsinki: Julkaisu 2004:11.

STM. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Helsinki: Julkaisu 2009:20.

Suomalainen lapsi 2007. 2007. Tilastokeskus. Luettu 15.9.2010. [http://www.stat.fi/ajk/tapahtumia/2007-04-12\\_esittely\\_suomi\\_lapsi.pdf](http://www.stat.fi/ajk/tapahtumia/2007-04-12_esittely_suomi_lapsi.pdf).

Suomen sydänliitto ry. Neuvokas perhe on perhe- ja voimavarakeskeinen liikunta- ja ravitsemusohjausmenetelmä. <http://www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe-ohjausmenetelma>. Luettu 30.9.2010.

Taalu, A. 2010. Pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Eri-ikäiset terveydenhoitajan asiakkaana. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K & Tervaskanto-Mäentausta, T. Terveysdenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 274-438.

Torkkola, S. 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Uusitupa, M. 2006. Perimä ja lihavuus. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86-94.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - Ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2008. Kouluruokailusuositus. Helsinki: Savion Kirjapaino Oy.

Vertio, H. 2003. Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa Koskenvuo, K. (Toim.). Sairauksien ehkäisy. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 574-578.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

## HAASTATTELUN TEEMARUNKO

Terveystenhoitaja ylipainon ennaltaehkäisijänä alakoulussa

- Miten toimit alakoululaisten ylipainon ennaltaehkäisijänä?

Ylipainon puheeksi ottaminen alakoulussa terveystenhoitajan kokemana

- Millaisena olet kokenut koululaisen painonnousun puheeksi ottamisen lapsen ja hänen perheensä kanssa?
- Millaisissa tilanteissa lapsen painonnousuun puuttuminen on vaikeaa?

Kehittämistarpeita ylipainon ennaltaehkäisyyn ja painonnousuun puuttumiseen alakoulussa

- Miten mielestäsi ylipainon ennaltaehkäisyä ja painonnousun puheeksi ottamista voisi kehittää terveystenhoitajan työssä?
- Esim. koetko tarvetta uusille työvälineille, jotka tukisivat työtäsi tällä alueella?

Pirkko Mäkelä, Tampereen ammattikorkeakoulu

## YLIPAINOINEN LAPSI KOULUTERVEYDENHUOLLON ASIAKKAANA

Artikkeli pohjautuu Tampereen ammattikorkeakoulussa tehtyyn opinnäytetyöhön: Terveystarkastaja ylipainon ennaltaehkäisijänä ja painonnousuun puuttujana alakoulussa.

Kouluterveydenhuollolla on useita tavoitteita oppilaiden terveyden edistämiseksi. Yksi tavoite on edistää lasten terveellisten elämäntapojen syntymistä sekä tukea tervettä kasvua ja kehitystä. Koululaisen ylipainon ennaltaehkäisy ja painonnousuun puuttuminen kuuluvat osaltaan kouluterveydenhuollolle ja terveydenhoitajan työhön.

Kouluterveydenhoitaja kohtaa oppilaat vuosittain terveystarkastuksissa ja tapaamisissa, joten kouluterveydenhuollossa on hyvät mahdollisuudet tukea ja edistää lapsen terveyttä monilla eri keinoilla. Yksi erittäin merkittävä keino on auttaa lasta painonhallinnassa. Jos lapsi on ylipainoinen, ainoa keino normaalipainon saavuttamiseksi on saada muutosta lasten energiansaantiin ja toisaalta vaikuttaa energiankulutukseen sekä mahdollisuuksien mukaan puuttua painonhallinnan kannalta epäsuotuisiin ympäristötekijöihin ja elämäntapoihin.

Painon kehitystä seurataan kasvukäyrien avulla. Ylipainoisten lasten seurannan tavoitteeksi riittää yleensä painonnousun pysäyttäminen, jolloin lapsi hoikistuu pituuskasvun jatkuessa. Jos paino ei ala laskea tai jopa nousee, tulee terveydenhoitajan puuttua ylipainon kehittymiseen. Lapsen ylipainoon puuttuminen tulisi tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Painonhallinnan ohjauksessa on tärkeää huomioida ja arvioida perheen kokonaistilanne, koska lapsen hyvinvointi on pitkälle riippuvainen perheen elinoloista. Terveystarkastaja toimii perheen ohjaajana, jos perhe on motivoitunut muuttamaan elintapojaan terveellisemmiksi. Ohjauksen aluksi laaditaan yhdessä tavoitteet vanhempien ja lapsen kanssa, minkä jälkeen terveydenhoitaja jää tukemaan perheen tekemiä elämäntapamuutoksia ja auttamaan heitä löytämään painonhallintaa tukevia keinoja. Lapsen terveyden edistämisen kannalta on tärkeämpää pysyvien elintapojen muuttaminen, kuin normaalipainon saavuttaminen.

### **Terveystarkastajien kokemuksia ylipainon ennaltaehkäisystä ja painonnousuun puuttumisesta alakoulussa**

Opinnäytetyössä haastateltiin viittä kouluterveydenhoitajaa heidän kokemuksistaan alakouluikäisen lapsen ylipainon ennaltaehkäisyssä ja painonnousuun puuttumisesta. Terveystarkastajat kokivat ylipainon ennaltaehkäisyn olevan tärkeää ja kuuluvan osaksi heidän työnkuvaansa. Tärkeimpänä työvälineenä pidettiin terveystarkastuksia, joihin kutsutaan aina vanhemmat mukaan. Tarkastuksissa vanhempien mukanaolo on ratkaisevan tärkeää lapsen ylipainon ennaltaehkäisyä ajatellen, koska heidän panoksensa perheen elintottumusten muutoksessa on suuri.

(jatkuu)



## LIITE 2:2(3)

Ennen tarkastusta oppilaan kotiin lähetetään kutsu, sekä esitietolomake, jossa kartoitetaan mm. perheen ruokailu- ja liikuntatottumuksia. Terveystarkastajat kokivat esitietolomakkeen pohjalta käydyn keskustelun perheen kanssa luontevaksi. Jos elintavoissa havaittiin puutteita, terveydenhoitajat nostivat epäkohtia esille, antoivat tarvittaessa elintapaohjausta ja etsivät yhdessä perheen kanssa ratkaisuja arjen valintoihin. Elintapaohjauksen tukena terveydenhoitajat käyttivät painokäyrää sekä erilaista painonhallintaan suunnattua materiaalia.

Terveystarkastusten yhteydessä suoritetaan myös seulontatutkimuksia, kuten lapsen mittaustulokset antavat konkreettisen kuvan lapsen painonkehityksestä ja auttavat terveydenhoitajaa päättämään, koska painonhallinnasta on syytä alkaa keskustelemaan.

Lähes kaikki haastateltavat terveydenhoitajat kokivat lapsen ylipainon puheeksi ottamisen vaikeaksi. Haastavuuteen vaikutti perheen asenne ylipainoa kohtaan, ympäristön tuomat haasteet sekä terveydenhoitajan omat ajatukset ylipainosta. Vaikeimpana asiana koettiin vanhempien kielteinen asenne painonnousun puheeksi ottamista kohtaan. Näissä tilanteissa terveydenhoitajat kokivat usein voimattomuutta ja riittämättömyyden tunteita asian suhteen, vaikka olisivat jo nähneet puheeksiottamisen tärkeyden. Useimmat haastateltavista terveydenhoitajista yrittivät näissä tilanteissa konkretisoida lapsen ylipainoon puuttumisen tärkeyttä painokäyrän avulla tai kertomalla korostetusti terveellisistä elintavoista kuitenkin suoraan viittaamatta juuri kyseisen lapsen ylipainoon.

Jos vanhemmat olivat motivoituneita muuttamaan koko perheen elintapoja terveellisemmäksi, koettiin puheeksi ottaminen helpoksi ja tärkeäksi. Lähtökohtana ylipainon hoidolle onkin aina perheen halukkuus elämäntapojen muuttamiseen. Ylipainoon puututtaessa ruokavalio- ja liikuntaohjauksen lisäksi lapsen itsetunnon vahvistaminen sekä oman kehonkuvan hyväksyminen on tärkeää. Oleellista on kertoa lapselle ylipainon haitallisista vaikutuksista terveyteen, kuin keskittyä ulkonäköseikkoihin. Näin lapsi kokee tulevansa hyväksytyksi ja arvostetuksi juuri sellaisena, kuin hän on.

### **Uudistetun materiaalin tarve näkyy kouluterveydenhoitajien työssä**

Lasten ylipainon ennaltaehkäisyssä ja painonnousun puheeksi ottamisessa terveydenhoitajat käyttivät kukin itse parhaaksi katsomaansa materiaalia. Käytössä olivat erilaiset kuvakortit ja lautasmallit, ruokapäiväkirjat sekä erilaiset lapsille jaettavat tehtävämateriaalit. Haastatellut terveydenhoitajat kokivat kuitenkin käyttämänsä materiaalin vanhanaikaiseksi. He kaipaivat vanhojen tilalle uutta ja raikasta materiaalia sekä yhtenäistä ja selkeää ohjausmenetelmää.

(jatkuu)

Suomen sydänliiton kehittämä Neuvokas Perhe- ohjausmenetelmä on kehitetty erityisesti terveydenhoitajille lapsiperheiden liikunta- ja ravitsemusohjauksen apuvälineeksi. Ohjausmenetelmän tavoitteena on parantaa lapsiperheiden elintapoja, ennaltaehkäistä ylipainoa sekä helpottaa puheeksi ottamista. Tällä hetkellä Neuvokas Perhe- ohjausmenetelmä on käytössä äitiys- ja lastenneuvolassa, mutta se otetaan mahdollisuuksien mukaan käyttöön myös kouluterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että Neuvokas Perhe -tyyppisestä ohjausmenetelmästä voisi olla apua terveydenhoitajien työssä myös kouluterveydenhuollon puolella.

## LÄHTEET

Aho, S-M. & Mäkelä, P. 2010. Terveydenhoitaja ylipainon ennaltaehkäisijänä ja painonnousuun puuttujana alakoulussa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Keränen, A-M. & Järvi, L. 2009. Lasten lihavuuden toteaminen ja hoito. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 82-86.

Koskenkorva, J., Alapappila, A., Pusa, T., Kuisma, K. & Lagström, H. 2008. Neuvokas perhe-tietokansio. Suomen Sydänliitto ry.

Lautala, P. Lihavuus. 2000. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H., Pietikäinen, M. 2000. Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Duodecim, 328-330

Manelius, M. 2007. Kouluterveydenhoitajat lasten ylipainoa hoitamassa. Sairaanhoitaja 8/2007, 16-18.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy. Duodecim.

Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.